

Université Panthéon Sorbonne – Paris 1
Département de Science-Politique

Master 2 Sociologie et Institutions du politique

**Les dynamiques de la coopération inter-hospitalière entre
le CHU Yalgado Ouédraogo et l'EPS de Ville Evrard :
structuration du secteur psychiatrique burkinabé**

Réalisé sous la direction de :
Madame la Professeure Brigitte Gaïti

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

AIMARD Pauline

Remerciements

Ce mémoire a été une véritable aventure, qui dépasse de loin le simple cadre d'un diplôme universitaire et sa temporalité. Il n'aurait pu se faire sans l'encadrement d'un professeur. Pour cela, je remercie sincèrement la professeure Brigitte Gaïti pour son accord, mais aussi pour ses conseils de fin de parcours. Leur utilité se fait sentir bien au-delà de ce travail.

Madame Théodore et le Docteur Théodore sont les personnes que je souhaite le plus vivement remercier dans ces pages. Ma rencontre avec eux, il y a plus de deux ans, a été une réelle révélation et je dirais même une bénédiction. Leur soutien, leurs encouragements, leur confiance ont été un pilier sans lequel je n'aurais pu aller jusqu'au bout de mes démarches. Toute ma reconnaissance vont vers eux.

Dans la même optique, je ne peux oublier ma mère. Bien que je trouve souvent risible de remercier les membres de sa famille, son accompagnement va bien au-delà de celui d'une mère pour sa fille. De tolérer ma personne, de la soutenir dans ce qu'elle a de meilleur et de pire, est un réconfort sans nom. Même dans mes périodes les plus exécrables (le chercheur sujet à ses angoisses peut être terrible), elle a su m'accepter, m'aider, être là quand il le fallait, s'effaçait quand cela était nécessaire. Je ne la remercierai jamais assez pour son investissement, son accompagnement et son soutien.

Thérèse, je ne comprendrai jamais ton engouement pour la lecture de mémoires et leur correction. Cependant, il est bien utile ! Merci beaucoup pour ton implication. Surtout, merci énormément pour ton soutien et les discussions autour d'un verre. Tu n'imagines pas le bien-être que cela procure. Mimoune, ma très chère amie d'enfance, tu sais pertinemment ce que je te dois. Au-delà d'une aide intellectuelle et personnelle, tu es tout simplement un élément indispensable dans mon cheminement de vie. Te remercier uniquement pour ce mémoire est grotesque. Cependant ton nom ne peut pas ne pas y figurer.

Enfin et surtout, comment ne pas remercier les membres du services de psychiatrie de Ouagadougou ? Pour des raisons d'anonymat, je ne peux les citer. Ils m'ont fait vivre des moments inoubliables chez Biba, dans des maquis, dans la rue, m'ont fait découvrir un monde que je soupçonnais à peine ! Ils ont changé mon regard en profondeur sur énormément d'aspects de la vie, sur mon approche du monde. Cela est loin d'être anodin dans le parcours d'une personne. Je leur suis extrêmement redevable.

Faire un terrain à l'étranger n'est pas évident, particulièrement dans les débuts. S'adapter au climat, à l'environnement, aux personnes n'est pas aisé. Je remercie toutes les personnes que j'ai croisé dans la rue, dans les taxis, autour d'un babyfoot, de passage ou de façon plus régulière, et qui a un moment donné m'ont permis de sortir de ma torpeur, de mes doutes, m'ont fait sourire et rire, m'ont expliqué « comment ça se passe ici ». Une rencontre, même fortuite, a une influence majeure sur soi, sur sa capacité à rebondir dans les moments de déprime. Cela devient vital quand nous sommes coupés de son environnement familial. A toutes ces personnes, je leur donne mon entière gratitude. Elles ne peuvent pas soupçonner le bien et l'aide qu'elles m'ont apportés.

Ce mémoire est dédié à une personne qui saura se reconnaître. En mémoire de ce que nous avons découvert et vécu ensemble.

Sommaire

Avant-Propos	p 4
Introduction	p 13
Partie 1 : L'importation d'une spécialité médicale, la psychiatrie	p 32
A) Les dynamiques de la coopération franco-burkinabé : des ministères aux hôpitaux	p 33
1) Une émergence sous l'auspice des politiques publiques	p 33
2) Le cadrage progressif des échanges inter-hospitaliers	p 39
3) « Partager pour améliorer les soins : une asymétrie des moyens	p 44
4) Les modalités des échanges inter-hospitaliers	p 49
B) La structuration du secteur psychiatrique burkinabé	p 56
1) Une nouvelle dynamique de l'environnement thérapeutique	p 56
2) Constitution d'une expertise médicale	p 65
3) Trajectoires professionnelles et coopération	p 74
Partie 2 : L'appropriation de la transplantation professionnelle par les acteurs	p 80
A) La coopération, un outil pour faire et penser	p 81
1) Quand nommer c'est faire : le diagnostic et la prise en charge	p 82
2) La psychiatrisation de comportements « hors-normes » et « déviants »	p 94
B) Une réponse « légitime » aux dissonances cognitives	p 100
1) L'antagonisme « tradition »/« modernité » créateur de dissonances cognitives	p 103
a) Les différentes expertises médicales	p 103
b) Origines et conséquences des dissonances cognitives	p 110
2) La coopération comme résolution	p 118
Conclusion	p 123
Bibliographie	p 126
Annexes	p 135
Plans des services de psychiatrie	p 136
Photos	p 139
Conventions de jumelage	p 149
Plan d'action	p 153
Circulaires relatives à l'accueil de professionnels et stagiaires étrangers médicaux et paramédicaux	p 157
Plan stratégique de santé mentale burkinabé 2014-2018	p 173

Avant-Propos

Les recherches menées cette année au sein du service du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Yalgado Ouédraogo, résultent d'une précédente expérience au centre d'ethnopsychiatrie, La Causerie, au sein de l'Etablissement Public de Santé (EPS) de Ville Evrard. Ces deux établissements sont liés, depuis vingt ans, par une coopération inter-hospitalière.

Dans le cadre d'un précédent M2 « Coopération internationale, action humanitaire, politiques de développement », j'ai effectué un terrain ethnographique au seins de La Causerie durant six mois (d'avril à octobre 2014), à hauteur de quatre jours par semaine. J'y ai mené un premier travail de réflexion concernant cette coopération, appréhendée avant tout du côté des coopérants français, que j'ai rencontrés. Surtout, durant les six mois, j'ai pu assister à la pratique clinique et professionnelle du personnel travaillant au centre d'ethnopsychiatrie, et ainsi, observer les effets, les retombées de cette coopération, que cela soit au niveau des pratiques, ou à des niveaux peu souvent pris en compte, tel que l'agencement des lieux et les objets présents. Après avoir montré les différentes conséquences de cette coopération au niveau du camp français, dans un second temps, je l'envisageais comme un outil de développement, au sens d'Amartya Sen, c'est-à-dire agissant sur les capacités concrètes et potentielles des individus afin qu'ils puissent mener la vie qu'ils ont raison de vouloir mener¹. Je montrai alors, en m'appuyant sur cette démarche, que ce concept de développement concernait à la fois la psychiatrie française et burkinabé, et donc ne s'appliquait pas uniquement aux pays sous-développés, mais bel et bien aussi à des pays dits « développés ». En considérant la santé comme une capacité de base essentielle (Sen, 2000), la psychiatrie entre dans ce processus de développement en France, en proposant une prise en charge ethnopsychiatrie ajustée à une demande particulière (les patients recourant à des étiologies traditionnelles) et au Burkina Faso, en développant le secteur psychiatrique et en permettant à la population d'avoir accès à ces soins.

¹ Amartya Sen, *Repenser l'inégalité*, Paris, Editions du Seuil, 2000.

A cette époque j'ai refusé de me rendre au Burkina Faso, malgré quelques incitations de ma référente de stage, Madame T., psychologue-psychanalyste, responsable clinicienne de La Causerie. Je pensais en effet que le temps qui m'était imparti était insuffisant pour à la fois assurer, dans de bonnes conditions, un terrain en France et un au Burkina Faso, tout en sachant que je suis le genre de personne qui prend son temps, que cela soit dans la prise de contact avec les personnes, ou bien pour s'autoriser à investir des lieux. Pour mener à bien un terrain ethnographique, il faut que le lieu et les acteurs y circulant nous devienne un tant soit peu familier. Cette familiarité ne vise qu'une forme d'intégration qui permet de saisir au cours de moments informels, d'allusions, les enjeux et les logiques qui organisent le service. Ne pas rester dans son coin. Bref, je n'étais pas prête à me rendre dans un pays que je ne connaissais nullement, sur lequel j'avais des a-priori (je reviens sur certains d'entre eux dans l'introduction), pour aller voir comment ça se passait dans le service de psychiatrie.

J'ai repris mes études, dans un cursus recherche, avec en tête le projet de poursuivre mes investigations concernant la coopération, mais cette fois-ci au Burkina Faso. Mes craintes et mes a-priori ne se sont pas envolés du jour au lendemain. Cependant, les incitations de Madame T., du Dr. T., de différents soignants de la Causerie (je continue de fréquenter plus ou moins régulièrement ce lieu, à la fois pour assister aux séminaires qui se déroulent une fois par mois, ou lorsqu'on m'invite au déjeuner de Noël, ou tout simplement pour y voir les personnes avec qui j'ai gardé certains liens), mais aussi d'amis, ont été une source de motivation. Ajoutons à cela un effort de rationalisation maximale pour contrer mes craintes, un travail d'auto-persuasion quotidien, et me voilà défendant un projet de recherche m'amenant à Ouagadougou, au Burkina Faso.

J'ai décidé de rester trois mois et demi. Selon moi, trois mois me paraît un minimum requis pour s'intégrer et circuler « confortablement » sur son terrain. Ainsi, mon terrain ethnographique, s'est déroulé au sein du service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, de février à mai 2016. Chaque jour de la semaine me voyait arriver dans le service, aux alentours de 8h.

Les premiers jours n'ont pas été évidents. Personne n'était au courant de ma venue, ni de la raison de ma présence. Pour trouver un refuge, et calmer mes angoisses journalières, je décidais après une semaine de présence sur le terrain où je restais cantonnée à la bibliothèque, de débiter mon observation par le service de pédopsychiatrie (qui est détaché matériellement du service psychiatrie

adulte. Les deux bâtiments sont à distance d'une centaine de mètres). De plus, la délégation française de pédopsychiatrie est venue dans le service la semaine correspondant à mon arrivée.

Ils m'ont ainsi présentée l'ensemble du service, qui n'est constitué que de femmes. Le contact me semblait simple, agréable, et après avoir obtenu l'accord de la responsable de la pédopsychiatrie, Madame B., ainsi que du chef de service, le professeur O., je pris la décision de m'exclure de la psychiatrie adulte pour venir en pédopsychiatrie. Je passais donc mes matinées en pédopsychiatrie, jusqu'à 12h30, puis partais à la bibliothèque l'après-midi.

J'ai déserté le service durant une semaine au moins de février, lors de la venue de la délégation consacrée à la clinique psychiatrique adulte. Elle était constituée du Dr. T., initiateur de la coopération inter-hospitalière, responsable administratif du centre d'ethnopsychiatrie, de Madame T., et de S., cadre infirmière dans l'ancien secteur de psychiatrie de Ville Evrard où travaillaient les époux T. Ils ont été présents au sein de l'hôpital à Ouagadougou du lundi 8 février au vendredi 12 février. Excepté cette parenthèse, je suis restée dans le service de pédopsychiatrie jusque début mars, avant d'oser me lancer dans le service adulte, qui me faisait réellement peur. Non pas le service en lui-même, mais ma capacité à pouvoir m'intégrer parmi les attachés de santé. J'ai commencé à investir ce lieu le 7 mars, au moment où la délégation française centrée sur la thérapie familiale est arrivée. Je pensais en effet que le moment était venu de prendre mes repères dans le service de psychiatrie adulte.

J'ai de suite visé ce groupe professionnel, les attachés de santé, car je n'ai eu de cesse d'entendre, notamment par les coopérants français, que « la psychiatrie, c'était eux ». J'ai eu conscience que cela orientait ma démarche. Il s'agit effectivement du groupe professionnel le plus important en terme d'effectifs, mais aussi le plus présent physiquement dans les lieux, et dont le travail est le plus accessible à l'oeil, le plus visible : les déplacements au sein du service, dans la cour, les discussions avec les patients.

Je suis restée dans le service adulte jusqu'à la fin de mon stage. Il se compose d'un centre d'accueil et de crise (le CAC ou bien encore, dans le cas burkinabé, les urgences psychiatriques. En France, ce sont deux modalités de soins bien distinct. Ce qui n'est pas le cas au Burkina Faso.) et d'un lieu d'hospitalisation pouvant accueillir une quarantaine de patients. Les deux lieux de soins font partis d'un même édifice.

Le déroulement de ma recherche a été compliquée du fait de résistances à mon enquête. Dès le début, j'ai été interdite par le chef de service, à tout ce qui touche la clinique et le fonctionnement

institutionnel : les entretiens avec les patients, les réunions institutionnelles, les présentations de patients etc. Sauf exception, lorsque cela était fait par les coopérants français, qui assuraient de me « couvrir » en cas de problème. Ma démarche se caractérise en conséquence, et à mon grand regret, par une observation non participante, à l'inverse de mes précédents terrains en France. Ce qui n'est pas évident d'accepter, je dois l'avouer.

En pédopsychiatrie, je m'asseyais principalement dans le bureau de Jacqueline, une des psychologues du service. Celui-ci est un lieu de passage, mais aussi un endroit de convivialité où certaines personnes du service s'arrêtent, s'asseyent et s'entretiennent. Ainsi pouvais-je discuter et entendre discuter les soignantes. De même, un second lieu important de convivialité et de discussion en pédopsychiatrie est la cuisine. Le jeu constitue aussi une donnée importante. Non, pas avec les enfants mais avec les soignantes. Je leur apprenais certains jeux de société français, comme La Bonne Paye, Les Petits Chevaux ou bien encore Le jeu de l'Oie. Ne pouvant pas observer directement les pratiques de soins en assistant aux entretiens ou aux différents atelier, j'écoutai donc beaucoup et observais ce que je pouvais.



La cuisine du service de pédopsychiatrie

En psychiatrie adulte, j'ai fréquenté assidûment la salle de garde, la cafétéria de Biba, mais aussi les bancs à l'entrée de la cour.

La salle de garde est le lieu majeur où se regroupent les attachés de santé dans la journée. Lieu de vie, où l'on discute, se dispute, revendique, boit un café, un thé, où l'on prend aussi les clés pour aller aux toilettes ou alors celles des salles de consultations dans la cour. C'est l'endroit des attachés de santé, peu fréquenté par les autres corps de métiers. Parmi les six médecins, seul le Dr. C. s'y installe pour une durée supérieure à quinze minutes. Le Dr. N. n'y vient qu'en transit, principalement pour la clé des toilettes. Le reste des médecins, les professeurs O., K., Ou. ont leurs propres toilettes dans leur bureau, et le Dr. G. possède sa propre clé pour les toilettes communes au personnel. Les Docteurs en Cours de Spécialisation (DES) ont leur propre salle. Il sont souvent de passage dans la salle de garde, venant pour discuter de dossiers, de patients, prendre des clés. Seul, avec le Dr. C., le psychologue du service adulte investit cet endroit.

La cafétéria se situe au fond de la cour où sont hospitalisés les patients. Véritable lieu de sociabilité à la fois pour les soignants², mais aussi les accompagnants et les patients. L'endroit est ouvert et accessible à tous, y compris les personnes n'appartenant pas au service de psychiatrie. Nous y mangeons les plats préparés par Biba, principalement du riz gras, du riz en sauce, des haricots rouges ou bien encore le tô, spécialité locale. A côté, deux femmes vendent des boissons, et enfin un homme propose des brochettes de boeufs. Une longue table rectangulaire, pouvant accueillir une quinzaine de personnes se situe près des cuisines de Biba. Elle est implicitement réservée aux membres du service. Je n'ai jamais vu personne extérieure du service y manger. Des tables ainsi que des chaises en plastique sont mises à la disposition des personnes, qui s'installent alors sous les manguiers.

C'est le lieu où il fait bon d'être à la fois pour observer la vie de la cour (l'emplacement permet d'embrasser d'un coup d'oeil la quasi-totalité de l'espace), en saisir les régularités, mais aussi et surtout participer à ces moments de détente, de relâchement pour les soignants. Ce qui est notable, c'est que ce lieu est visible par tous : les autres soignants, les patients, les accompagnants etc. Les discussions vont et viennent, les personnes circulent et échangent. J'ai pu entendre et voir beaucoup à partir de ce lieu d'observation, où ont été parfois menés des entretiens médicaux informels avec

² Cela ne concerne pas tous les soignants. Ainsi, je n'ai jamais aperçu les professeurs fréquenter ce lieu, ni les femmes, à l'exception de Madame G. et de Marina- et encore de façon très sporadique-, toutes deux attachées de santé en pédopsychiatrie. Ce lieu et les moments qu'ils représentent ne sont donc pas du tout investis de la même façon selon le genre et le statut du soignant.

des patients venus discuter (je parle d'entretiens médicaux, dans le sens où le soignant va orienter, guider la conversation auprès du patient afin de saisir quelques éléments pouvant jouer au niveau du diagnostic posé, et donc sur le traitement établi).

Quant aux bancs à l'entrée de la cour, ils me permettaient d'être accessible aux patients, et ainsi de les entendre et discuter avec eux, lorsque cela était possible. Cela dépendait à la fois de leur maîtrise du français, mais aussi des traitements qu'ils prenaient.



La salle de garde des attachés de santé. Véritable lieu de vie et de convivialité où se retrouvent principalement les attachés de santé.



Au fond à gauche de la cour, la cafétéria de Biba.



La cuisine où Biba prépare ses plats.



Une terrasse donnant sur la cour. Un endroit recherché par les patients, les visiteurs, les stagiaires car elle est à l'abri du soleil.

Cette observation non participante, cette fréquentation du centre, ont nourri mes analyses. A l'inverse du premier travail, elles ne s'inscrivent pas dans une thématique de développement ou de solidarité internationale. Il s'agit dans ce travail d'interroger les effets de la coopération sur la structuration du secteur psychiatrique burkinabé autant que sur la possibilité d'existence et l'importation d'une spécialité médicale. A un niveau plus micro, on interrogera ce qu'elle produit chez les individus, de l'adhésion ou des résistances, des opportunités de carrières, des changements dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes etc. Bref, il s'agira d'analyser la diffusion, la pénétration, l'appropriation, de ces échanges inter-hospitaliers dans la constitution d'une psychiatrie burkinabé.

Cet avant-propos me semblait nécessaire afin que le lecteur puisse mieux situer à la fois mes recherches, qui sont la continuation d'investigations antérieures, mais aussi ma posture au sein du service, et ce que j'y ai fait. Il n'y a aucune volonté d'analyse sociologique ou d'auto-réflexivité dans celui-ci, mais la description d'un terrain sans doute mal connu. Que le lecteur ne s'étonne pas de leur absence.

Introduction

Il n'est pas simple d'écrire cette introduction. En effet, le terrain qui a servi de support à ces recherches a été bien plus qu'un terrain de travail pour moi. Comment alors concilier les exigences académiques avec mes propres envies, c'est-à-dire mon désir de faire partager ce qu'a été cette expérience, plus qu'inouïe à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso.

Présenter de façon « objective » la ville, l'hôpital, le service, la coopération, et toute les personnes rencontrées, alors que l'ensemble m'a tellement apporté personnellement, n'est pas évident. J'ai attendu mon retour à Paris afin de commencer la rédaction de ce début, pensant que l'éloignement géographique me permettrait une plus grande réflexivité, un recul nécessaire à l'écriture. Ne pas se laisser emporter par ses émotions, quelque soit leur nature. Ce n'est pas si évident que ça lorsqu'on est sur le terrain un certain temps.

Voici plus d'un mois que je suis revenue. Le mémoire doit être rendu prochainement. Suis-je plus posée pour écrire ce qui va suivre ? J'en doute. L'expérience au Burkina Faso constitue à l'heure actuelle une obsession. A l'image d'une chanson qui nous trotte dans la tête et dont on ne peut se défaire, les trois mois et demi passés ne cessent de revenir. En outre, je ne pense pas être de la meilleure volonté afin de me défaire de cette chanson.

Ce début de mémoire, peu conventionnel, représente-t-il un exutoire ? Probablement. A travers cela, l'objectif que je me suis donné, consciemment, est de tenter de faire comprendre au lecteur la difficulté qu'il peut y avoir, lorsque que l'apprenti chercheur (et le chercheur lui-même) est imprégné par ses recherches, à les restituer, et à les mettre dans une forme acceptable pour le système universitaire. N'est-ce pas avant tout pour lui que nous écrivons ? Au moment où je note ceci, le nom de Loïc Wacquant me vient en tête. La lecture de ses recherches aux Etats-Unis, au sein d'un club de boxe a constitué un véritable plaisir³. La mise en avant de son engagement personnel, moral et physique dans cette enquête, de ses doutes et de ses angoisses nés au court de cette expérience (notamment par rapport à sa carrière universitaire), n'est pas évident et peu fréquent. Or, cela est une aide pour l'apprenti chercheur : il se sent moins seul lorsque lui aussi se fait prendre par son terrain.

³ Loïc Wacquant, *Corps et âme. Carnet ethnographique d'un apprenti boxeur*, 2ème édition, Paris, Agone, 2002.

Mes recherches au Burkina Faso ont été une réelle source d'interrogations portant sur la relation entre le chercheur et son terrain. Jusqu'à quel point peut-on s'abandonner à son terrain, se lier aux acteurs qui y évoluent⁴ ? Si un abandon « total » au terrain n'est en soi pas un obstacle à la production scientifique, il doit s'accompagner d'une réflexivité permanente⁵. Cela ici une des caractéristique de l'enquête ethnographique. En effet, selon le sociologue Olivier Schwartz, elle représente « entre toutes les pratiques d'enquête en sciences sociales, celle qui sans doute est la plus exposée aux imprécisions et à l'arbitraire du 'qualitatif', comme aux naïvetés et à l'impressionnisme de l'expérience vécue. Elle ne peut se constituer comme type de recherche qu'au prix d'un travail sur elle-même. (...) Elle ne peut se passer de conscience. »⁶. Le détour réflexif semble donc une étape indispensable pour le chercheur, et ce dans le but de limiter autant que possible les biais liés à sa présence sur le terrain.

Retour réflexif sur le terrain

Mener des recherches au sein d'un service hospitalier burkinabé implique plusieurs facteurs à prendre en compte. J'entends par là, les biais, les avantages et inconvénients qu'il y a à être une étudiante en Science Politique, française, blanche et venant de la Sorbonne. Ce sont autant de caractéristiques de ma personne qui ont joué sur la façon dont j'ai abordé le terrain, mais aussi sur la perception des uns vis-à-vis des autres. Afin d'être plus claire, je vais donner quelques exemples. Certains éléments ne sont pas spécifique au fait que ces recherches se déroulent au Burkina Faso.

Tout d'abord, le fait d'être une femme blanche fait de moi un objet exotique. Par exotisme, j'entends « inhabituel ». L'exotisme suscite un certain intérêt, qu'il soit attractif ou répulsif. Cet élément fait que beaucoup de mes rapports, avec les soignants ou même avec les patients, étaient sexualisés. Des rapports de séduction, qu'il faut gérer avec délicatesse et au quotidien. La solution que j'ai trouvé, c'est de prendre les différentes propositions et paroles comme un jeu, mai aussi

⁴ Les recherches de Jeanne Favret Saada constituent ici aussi une référence majeure dans les sciences sociales françaises : Jeann Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard, 1977

⁵ Marie Ghis Malfilatre, « A propos de 'l'Engagement ethnographique'. Entretien avec Daniel Cefaï », *Revue du Mauss permanente*, 20 septembre 2011. Disponible à : <http://www.journaldumauss.net/?A-propos-de-L-Engagement>. Consulté le 30 mai 2016.

⁶ Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible », postface dans Nels Anderson, Le Hobo. *Sociologie du sans abris*, Paris, Nathan, 1993, p. 304.

d'invoquer la présence d'un homme (réel ou pas, la question n'est pas là) dans ma vie. J'ai même songé avant mon départ, soit à mettre une alliance (mais je ne supporte pas les bijoux), soit à évoquer le fait que je sois homosexuelle (or j'ai eu trop peur d'une intolérance que je préjugeais et que j'ai pu constater vis-à-vis de cette orientation sexuelle). Si avec les patients, la gestion est assez simple -refus net aux différentes demandes de mariage (dites avec humour mais de façon plus ou moins insistante) cela est plus compliqué avec le personnel. Je travaille à leurs côtés, j'ai besoin d'eux pour l'accès aux informations. Il faut donc gérer, refuser sans froisser, faire preuve de sympathie tout en faisant comprendre sa position. Mes venues dans la cour ont été freinées par rapport à cela aussi: être la seule blanche du service fait qu'on vient vous parler parce qu'on vous prend automatiquement pour un docteur (cela interroge le statut du « blanc » au sein des pays non occidentaux), ou pour vous affirmer qu'on veut se marier avec une « nassara »⁷ etc. Quoiqu'il en soit, on vient vous voir. Avec le personnel, il s'agit de prendre les numéros, de ne pas refuser de donner le sien, mais de faire comprendre que vous avez peu de temps pour une rencontre à l'extérieur.

Le fait d'être blanche permet aussi de créer des liens, de façon générale au Burkina Faso, plus facilement. C'est ainsi que j'ai de suite sympathisé avec l'homme de l'accueil à l'entrée de l'hôpital. Dès mon premier jour, il m'aborda afin de savoir ce que je faisais ici. Par la suite, je venais dans sa loge chaque jour le saluer et discuter. Il fut au début un grand soutien. La couleur de ma peau permet de me repérer plus facilement et actualise des images, des fantasmes même plus ou moins exactes que chacun se fait pouvant jouer en ma faveur.

Dans un second temps, le fait d'être une étudiante en Science Politique rend peu compréhensible, notamment au départ, ma présence dans le service de psychiatrie auprès du personnel. Plusieurs modalités renforcent cette incompréhension : ma venue n'a pas été annoncée et expliquée au sein du service, mais aussi, ma timidité et ma gêne du début ont fait que je ne me suis pas présentée efficacement et de façon formelle à l'ensemble du service. Cela s'est donc fait peu à peu. Ainsi, lors d'une réunion institutionnelle (lorsque j'étais encore admise), le professeur Ou. me prit-il pour une étudiante en psychologie et s'adressa à moi en tant que tel. Cela faisait trois semaines que mon stage avait débuté. Quant à mon objet d'étude, lorsque je l'évoquais, je voyais que l'incompréhension et la perplexité persistaient chez certains. Ainsi, dans mes derniers jours, l'attaché de santé Mohammed me demandait s'ils avaient pu m'aider dans le service. Il souhaitait une confirmation

⁷ Nassara signifie « blanche » en moré, langue des Mossi, principale ethnie au Burkina Faso.

car il m'avoua avoir du mal à saisir mon objet de recherche, ce que je voulais et se sentait gêné de ne pas pouvoir faire plus.

Pour les patients, lorsque je n'étais pas médecin, j'étais la personne qui étudie les politiques publiques sanitaires en psychiatrie au Burkina Faso. C'est ainsi que je me suis présentée par la suite, aux patients, aux personnes extérieures au service, ne voulant pas rentrer dans les détails de mes recherches, ni expliquer pour la énième fois les relations qu'il peut exister entre la science politique et la psychiatrie. Cependant, une mauvaise présentation peut ralentir énormément l'accès et l'intégration au terrain et donc les recherches : les personnes ne savent pas qui vous êtes, ce que vous faites, comment vous aider. Cela ferme des portes. Or, ce flou identitaire, peu aussi constituer un outil pour le chercheur dans le recueil d'informations.

Dans un troisième temps, mon statut social m'interrogea beaucoup. Comme tout français venant au Burkina Faso, j'ai connu en quelque sorte une ascension sociale. Pour être plus claire, en faisant quelques heures de baby-sitting par semaine (dix heures payées à dix euros l'heure), je gagnais plus que les attachés de santé, femmes de salle, secrétaire etc. (en moyenne ils gagnent entre deux cent cinquante et trois cents mille francs par mois, soit un revenu compris entre 380 et 460 euros). Le loyer que je payais, cent mille francs par mois (soit l'équivalent de cent cinquante euros) représente une somme non négligeable au Burkina Faso. Je suis persuadée qu'il dépasse le salaire de Marthe, la femme de salle avec qui j'ai sympathisé. Comment est perçu alors le stagiaire ? J'imaginai pareil situation en France. Sachant que le salaire minimum est de trente deux mille francs au Burkina Faso (soit 48 euros environ), comment percevrait-on un stagiaire qui payerai un loyer proche de trois mille cinq euros (plus ou moins trois fois le salaire minimum en France) ? J'ai mis longtemps à dire le montant de mon loyer, le minimisant même auprès de certaines personnes. Cela me gênait, notamment auprès de Marthe que je reçue plusieurs fois. Qu'est-ce que ça a modifié dans leurs comportements par rapport à moi ? Ainsi, après la sexualisation des rapports, j'ai eu tendance à les financiariser avec certains. Un exemple, toujours avec Marthe (elle m'introduisit dans plusieurs aspects de son quotidien). Lorsqu'elle me demanda de l'accompagner voir un médecin pour sa fille, au milieu du stage, nos rapports étaient donc amicaux, j'ai eu l'impression d'être instrumentalisée. Tout d'abord par le fait d'être blanche : veut-elle se montrer auprès du médecin en compagnie d'une blanche ? Pense-t-elle que cela va avoir un impact auprès du médecin ? Puis dans un second temps, comme une personne susceptible d'avoir de l'argent, et donc de payer les frais médicaux de sa fille, qui s'élèvent dans ce cas-ci à vingt mille francs à peu près, soit une trentaine d'euros.

Cela peut être une forme de paranoïa, étant de nature méfiante. Quoiqu'il en soit, ceci influença mes relations auprès des personnes.

Quatrième élément important à prendre en compte, et qui est liée à ma méthode de recherche, est le fait que je sois extérieure à la fois au service, mais aussi au secteur médical. Au-delà d'une incompréhension quant à ma présence, je peux être perçue comme une forme de contrôle extérieur. Les personnes travaillant dans le service peuvent se sentir épiées par ma présence, et modifient ainsi leurs comportements (cela est loin d'être propre au Burkina Faso). Ainsi, Jacqueline, psychologue dans le service de pédopsychiatrie, n'osait pas mettre de la musique en ma présence, ou bien encore ne s'asseyait pas sur sa natte par terre de peur de ce que je pourrais en dire et penser. Elle m'avoua cela au détour de phrase. Je la surpris une fois assise sur cette fameuse natte, alors que je ne venais plus dans ce service depuis plusieurs semaines. Je la taquinai avec gentillesse, nous en rîmes. Cependant, cela est révélateur. Combien ce sont sentis épiées par ma présence, par mon œil d'apprentie chercheuse ? Jusqu'à quel point cela a modifié leurs comportements, leurs dires ? Cela est-il renforcé par ma nationalité, par le fait que je connaisse et fréquente le docteur T. et Madame T. ? On ne peut échapper au « paradoxe de l'observateur », développé par Olivier Schwartz : le fait même d'observer un groupe, le perturbe, modifie les comportements des acteurs le constituant⁸.

Enfin pour achever ces quelques pages de réflexivité, je vais évoquer mon origine française. La France est un pays anciennement colonisateur du Burkina Faso, qui a obtenu son indépendance en 1960. Au cours de mes rencontres, dans le service mais aussi en-dehors du service, auprès de jeunes de ma génération, j'ai entendu plusieurs commentaires quant à cette période de colonisation, mais aussi et surtout par rapport à la poursuite de ce qu'il considère comme une volonté de « coloniser » sous des formes différentes. Pour le dire en un seul mot, la Françafrique. De façon générale, une des premières questions que l'on me pose, que cela soit les conducteurs de taxis ou des personnes dans la rue, c'est si je suis française. Le fait d'être une blanche au Burkina Faso implique, dans les représentations burkinabé, presque automatiquement la nationalité française. A travers ma présence, nous pouvons facilement penser que je suis un rappel et de la colonisation, et de cette Françafrique. Je suis comme les autres. Face à ça et aux critiques émanant de certaines personnes, j'adopte un discours non pas anti-français, mais anti-occidental, à l'image des leurs, critiquant les organismes internationaux, la politique interventionniste française, afin de rentrer dans leur logique. J'adhère à

⁸ Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible », postface dans Nels Anderson, *Le Hobo. Sociologie du sans abris*, Paris, Nathan, 1993, p. 304.

ce qu'ils disent plus ou moins facilement selon le discours mais aussi la personne. C'est une adaptation qui me semble nécessaire pour essayer d'effacer cette étiquette de colon, qui me colle malgré moi et qui peut aussi être un frein dans la discussion avec les personnes, et donc avec la compréhension du pays et la poursuite des recherches.

Face à cet ensemble de variables pesant sur le déroulement du terrain, différentes techniques existent. De façon très simple celles-ci consistent principalement à me fondre dans la masse. Je ne fréquente pas les lieux fréquentés par les personnes de couleur blanches, je mange dans les maquis, petits restaurants locaux, les plats locaux, bois les boissons locales, adoptent leurs expressions, certains tics de langage (qui me sont restés une fois revenue en France). Je me socialise donc autant que je peux selon les codes socioculturels burkinabé qui me sont accessibles. Ce sont autant d'astuces pour s'intégrer, et avoir un accès aux acteurs, à leurs pratiques ainsi qu'à leur discours. Cette présentation me semblait nécessaire car de cela découle par la suite le travail du chercheur, et sa façon de l'aborder. Je vais à présent exposer l'objet du terrain.

Présentation de l'objet de recherche

La coopération. Vaste concept suscitant immédiatement des représentations, généralement connotées positivement. Coopérer renvoie à une image d'entraide, de solidarité, d'une action en commun afin d'améliorer ou de dépasser une certaine situation. C'est un concept dont se saisissent beaucoup de disciplines universitaires : l'économie, la sociologie, la philosophie, la science politique, la sociobiologie ou encore l'éthologie. Au sein de ce thème théorique et pratique que représente la coopération, existent deux mouvements distincts, que rappelle Cédric Paternotte dans sa thèse : la première approche de la coopération s'intéresse à la définition même de celle-ci : à partir de quand pouvons nous parler de coopération, quelle est la limite où nous sortons de l'action collective pour la coopération ? Ici, ce sont les théories définitionnelles qui entrent en jeux. Le deuxième volet de ce mouvement s'arrête sur le « pourquoi » et le « comment » d'une coopération. En l'espèce, il s'agit de comprendre les raisons qui poussent les individus à coopérer, et comment cette coopération fonctionne, selon quelles variables. Ici, ce sont les théories explicatives qui prennent place⁹.

Chaque discipline possède sa manière, ses outils théoriques pour l'analyse de la coopération, qu'elle concerne des individus, des animaux ou des institutions etc. Toutes se saisissent de ce comportement qui peut nous sembler si naturel, mais qui relève d'une certaine complexité théorique et pratique. C'est que Cédric Paternotte appelle de « dichotomie entre la simplicité intuitive et la complexité théorique » (Paternotte, 2007). Lorsque nous nous arrêtons sur ce concept, et tentons de le déconstruire, coopérer n'apparaît alors pas si naturel, ni si simple. Le dernier numéro de Sciences humaines titre d'ailleurs en couverture de magazine, « Apprendre à coopérer »¹⁰. La coopération doit-elle faire l'objet d'un apprentissage ? L'idée sous-entendue est-elle que nous devrions comprendre et apprendre les mécanismes de la coopération afin de maximiser un certain bien-être social, économique, personnel et que sais-je encore ? En effet, avec l'idée d'une coopération réussie vient presque automatiquement, la perspective d'un bénéfice positif qui serait supérieur à celui qui aurait eu lieu en cas d'action individuelle.

⁹ Cédric Paternotte, « Coopération et actions collectives », Thèse pour le doctorat en Philosophie, sous la direction de Monsieur le Professeur Jacques Dubucs, Paris, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2007.

¹⁰ « Apprendre à coopérer », *Sciences Humaines*, Juin 2016, n°282.

Ce dernier peut prendre de multiples formes, allant du gain financier, à la cohésion avec des valeurs personnelles, l'entretien d'une amitié ou de réseau, l'amélioration de ses capacités etc.

La coopération suscite donc beaucoup d'entrain, d'énergie auprès de chercheurs de différents horizons universitaires. Je n'en suis pas exclue. L'objet premier de ce mémoire est bel et bien une coopération. En effet, il s'agit ici de traiter d'une coopération inter-hospitalière entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Yalagado Ouédraogo, dans le domaine de la psychiatrie, qui a cours depuis 1995. Je précise qu'une coopération bilatérale entre la France et le Burkina Faso existait avant la mise en place de ces échanges inter-hospitaliers, et impliquait le ministère de la Coopération français ainsi que le ministère de la Santé burkinabé. Elle visait à la restructuration et au développement du service de psychiatrie du CHU ouagalais. Le psychiatre français, le Dr. Mittelberg constituait le principal relai entre les deux institutions. Je reviendrai dans la première partie, sur les détails de ces différentes coopérations.

La coopération inter-hospitalière qui a cours actuellement, présente plusieurs caractéristiques singulières. Tout d'abord sa longévité. Ceci a son importance pour la structuration du secteur psychiatrique par la coopération. En effet, et comme nous le verrons, la mise en place d'infrastructures spécifiques, d'une expertise médicale etc. sont des processus s'étalant sur une échelle de temps relativement longue. Le temps est donc une variable majeure et importante à prendre en compte dans la mise en place et le prolongement de projets coopératifs. Il permet la consolidation de liens inter-personnels, la mise en place d'une confiance mutuelle, autant d'éléments à la poursuite d'un projet¹¹.

Dans un second temps, cette coopération touche un domaine peu commun dans les échanges inter-hospitalier impliquant la France, la psychiatrie. Lors d'un recensement effectué sur internet (et donc avec beaucoup de limites, je le reconnais), je n'ai dénombré que trois services hospitaliers français, autre que l'EPS de Ville Evrard, menant une coopération dans le secteur de la psychiatrie avec des hôpitaux étrangers¹². L'hypothèse principale qui me vient à l'esprit est le fait que la psychiatrie ne

¹¹ La sociologie économique s'est emparée de cette notion de « confiance » dans l'analyse des marchés. Un des aspects de cette approche est de comprendre le rôle et la place de la confiance dans l'instauration et le prolongement de marchés « incertains » comme la monnaie, la finance etc. Pour un aperçu de ce lien confiance/économie, voir Laurent Eloi, *Economie de la confiance*, Paris, La Découverte, 2012.

¹²Voici ces trois services : l'hôpital de Maison Blanche à Paris avec un service psychiatrique à Athènes en Grèce ainsi qu'un service à Gauteng en Afrique du Sud /le Groupe Public de Santé de Perray-Vaucluse et l'hôpital Huilongguan de Pékin / le centre hospitalier des Pyrénées avec le Togo.

soit pas un domaine médical prioritaire pour les autorités politiques dans les pays en voie de développement, à l'inverse des maladies infectieuses par exemple où le nombre de morts lié à ces maladies est plus visible. Le développement de ce secteur est donc secondaire. La demande de partenariats peut alors être moindre.

La troisième caractéristique de cette coopération, concerne sa faible institutionnalisation. Ce constat est réel, et ce depuis les débuts en 1985, au moment où les ministères étaient impliqués. Cette coopération a toujours été, est encore, l'histoire d'individus et de rencontres, ce qui n'est pas sans conséquence dans la forme qu'elle prend, son développement et son existence. Cette personnalisation la rend ainsi plus perméable aux différents jeux d'acteurs l'investissant.

Enfin, dernière caractéristique, cette coopération contribue à la structuration du secteur psychiatrique burkinabé, et concourt ainsi à sa professionnalisation. Son analyse entre alors en résonance avec l'analyse de pratiques professionnelles dans ce domaine. La coopération s'insère dans un milieu socioculturel particulier, ce qui contribue à modifier ses objectifs de départ. De même, les pratiques professionnelles quotidiennes des praticiens du service, se font, s'inventent, s'adaptent aux manques de moyens, aux multiples systèmes de soins, à sa patientèle et à la coopération etc. En conséquence, en analysant cette coopération, nous sommes témoin de la mise en sens des pratiques des spécialistes médicaux, mais aussi du façonnement de leur discipline, du processus de légitimation de ce corps médical.

Les échanges inter-hospitaliers, tels qu'ils existent depuis 1995, lient deux hôpitaux aux structures de soins et situations administratives et financières différentes inscrits dans un contexte socioculturel dissemblable. Le système de soin burkinabé se caractérise par sa forme pyramidale. Chaque palier doit référer les cas qu'il ne peut prendre en charge au palier supérieur. Ainsi, nous avons à la base les poste de santé primaire ainsi que les centres de santé et de promotion sociale, dirigés par un infirmier d'Etat. Puis, à un second niveau nous avons le centre médical avec parfois une antenne chirurgicale. Ici, peut être présent quelques jours de la semaine un médecin. Le troisième niveau est composé des centres hospitaliers régionaux, où nous trouvons quelques services de spécialités médicales, des médecins. Enfin, en haut de la pyramide, se situent les centres hospitaliers universitaires, regroupant toutes les spécialités médicales, mais aussi les différents professionnels médecins, professeurs, attachés de santé etc. Véritable lieu de formation universitaire et donc de transmission, investis par les stagiaires, internes, et autres futurs praticiens.

Dans notre cas, c'est le service de psychiatrie du CHU de Ouagadougou, le plus grand hôpital du pays en terme de moyens financiers et humains, qui est engagé dans les échanges inter-hospitaliers. A ce titre, il occupe une place particulière, en se posant comme un établissement de référence et comme ultime recours dans la pyramide des soins, et donc dans le parcours de soins des patients. Ce service existe depuis 1959. Premièrement occupé par des attachés de santé, ce n'est qu'à la fin des années 80, qu'arriveront les premiers médecins psychiatres. Pour obtenir une consultation, il faut y être référé par un échelon inférieur. Pour ce qui est de la composition du service, je renvoie le lecteur au tout début de ce document, à la fiche « Le service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo » ou en annexe où il trouvera des photos ainsi qu'un plan du service où a eu lieu le terrain.

En face, nous avons l'EPS de Ville Evrard, un des plus grands hôpitaux psychiatriques français, en terme de personnel, du nombre d'hospitalisations, de consultations et de moyens financiers¹³. Cette institution hospitalière s'insère dans le dispositif de sectorisation de la psychiatrie, opérée depuis les années 60, et étend ses différents lieux de prise en charge sur l'ensemble du territoire départemental de la Seine-Saint-Denis. Il s'agit donc d'un système de soins en réseaux et non pyramidal. Pour venir consulter ou être hospitalisé dans cet hôpital, il faut justifier de sa domiciliation au sein de ce département. La nécessité d'être référé n'existe que pour des centres dédiés à des prises en charges spécifiques, telles que l'ethnopsychiatrie, l'addictologie etc.

Cette coopération inter-hospitalière qui subsiste depuis une vingtaine d'année va bien au-delà d'un simple partenariat hospitalier et d'échanges entre professionnels. Elle opère en effet comme une véritable importation professionnelle, et pour être plus exacte, l'importation d'un modèle de médecine occidentale. Par conséquent, l'objet de ce mémoire est d'analyser les dynamiques de cette importation, mais surtout les modalités de son adaptation, de son appropriation par les acteurs (en l'espèce les soignants burkinabé). En diffusant par différents mécanismes, des savoirs-faire et des savoir-penser, cette coopération s'assimile à une véritable « transplantation professionnelle » d'un modèle de médecine occidentale, au sein d'un contexte socio-culturel qui ne l'est pas (Gobatto, 1999), mais aussi à un jeu de pouvoir (que l'on retrouve au niveau des enjeux de carrière

¹³ Pour les principaux chiffres concernant l'EPS de Ville Evrard, je renvoie le lecteur à l'adresse internet suivante :

EPS de Ville Evrard, *Indicateurs d'activités et de ressources*, en ligne, disponible sur <http://www.eps-ville-evrard.fr/institution/chiffres-cles/>. Consulté le 2 juin 2016.

Concernant le CHU Yalgado Ouédraogo, le site internet est en refonte depuis plus d'un mois, et sur place, aucun chiffre n'a pu m'être donné de façon claire, y compris quand cela ne concernait que le service de psychiatrie.

professionnelle) et de savoir (avec la coexistence de deux expertises médicales : professionnelle et celle dite « traditionnelle »). En effet, à l'image des institutions, elle « n'existe pas en dehors des usages qui en sont faits (...) : ce sont les discours et les pratiques des acteurs qui participent à lui donner sa figure.»¹⁴. En ce sens, elle constitue un véritable objet investi différemment selon les intérêts de chacun, sous couvert d'un faire ensemble. Sa faible institutionnalisation, et l'absence quasi-totale de force contraignante, rendent ces échanges inter-hospitaliers beaucoup plus malléables et perméables aux contextes socioéconomique et culturelle du Burkina Faso, mais aussi aux intérêts, aux prédispositions biographiques, sociales des individus. En ce sens, la sociologie de l'institution peut être mobilisée dans l'analyse de cette coopération. En effet, « l'institution peut être considérée comme une forme de 'rencontre' dynamique entre ce qui est institué, sous forme de règles, de modalités d'organisation, de savoirs, etc., et les investissements (ou engagements) dans une institution, qui seuls la font exister concrètement. »¹⁵. Nous constaterons par la suite que la coopération dont il est question depuis le début peut être assimilable à cette « rencontre dynamique ».

Ainsi, l'objet de la première partie est consacrée à la présentation de la coopération. De son émergence sous l'impulsion des ministères à son devenir hospitalier, nous constaterons la place que les rencontres interpersonnelles occupent dans son existence et sa poursuite. Cela nous permettra d'aborder les différentes raisons amenant les acteurs à s'engager au sein de cette coopération. J'exposerai par la suite son cadrage légal à travers deux textes : les conventions de jumelages et le plan d'action triennal. Enfin, nous nous arrêterons sur ses modalités de fonctionnement.

Nous constaterons ensuite, dans une seconde sous-partie, que cette composante externe représentée par la coopération contribue à la structuration, au façonnement du secteur professionnel psychiatrique burkinabé, et ce par divers chemins. Ceci touche à la fois l'environnement thérapeutique, le capital professionnel et les carrières professionnelles des coopérants.

¹⁴ Jean-Matthieu Méon, « L'observation directe comme méthode pour la sociologie des institutions. A propos d'un enquête au Conseil supérieur de l'audiovisuel », in Antonin Cohen et al., *Les formes de l'activité politique*, PUF, 2006, p. 142-161, p. 144.

¹⁵ Jacques Lagroye, Michel Offerlé, « Pour une sociologie des institutions », in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (sous la dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 11-29, p. 12.

Dans un second temps, je me centrerai sur les individus, et plus particulièrement, le personnel soignant burkinabé. Il s'agit avant tout d'étudier ce que font ces échanges inter-hospitaliers sur les pratiques de soins mises en place par les coopérants burkinabé. Nous verrons à la fois l'influence de la coopération au niveau de la façon de dire et de faire en psychiatrie. Là, il s'agira de constater qu'elle transpose à la fois des techniques, des pratiques psychiatriques, mais aussi des modalités de penser, des cadres de références, qui ont une historicité propre au champ psychiatrique français. Quelles sont les conséquences de cette transplantation auprès d'acteurs évoluant dans un milieu socio-culturel différent ? Cette transposition concourt notamment à la mise en visibilité de pathologies mentales, dans le sens d'une psychiatrisation de comportements spécifiques qui jusque-là ne relevait pas de cette discipline. Enfin, je poserai la coopération comme un moyen de conciliation légitime et légitimant une psychiatrie mêlant deux approches du monde, deux expertises médicale, pensées comme exclusives et opposées : l'expertise professionnelle résultant d'une formation universitaire et donc scientifique, et l'expertise dite « traditionnelle » provenant d'une initiation individuelle. Ces deux expertises sont présentes chez les soignants burkinabé, qui se trouvent alors confrontés à une forme d'incompatibilité d'articuler leur socialisation socioculturelle et leur socialisation universitaire, dans un contexte institutionnel spécifique, le service de psychiatrie. Cela peut être source de des dissonances cognitives chez certains professionnels.

Etat de l'art

Pour mener à bien ces réflexions, je ne me voyais pas faire autrement qu'adopter une démarche inductive. Les recherches menées, les résultats exposés sont donc l'aboutissement de mon observation, de mes interactions avec les acteurs, de mes ressentis.

En voulant étudier la coopération, ses effets, comment aurais-je pu faire autrement que de partir des pratiques et des discours des acteurs pris dans les échanges inter-hospitaliers ? En outre, en voulant uniquement me centrer sur ce faire et ce dire, je souhaitais m'extraire de plusieurs préjugés et approches. Tout d'abord, j'ai tenté, à l'image d'Isabelle Gobatto, de me défaire d'idées préconçues concernant les pays en voie de développement, et surtout d'un réflexe comparatiste, où les pratiques en France, et en Occident, seraient une référence. Effectivement, dans cette perspective, et comme le souligne Dominique Desjeux, « plutôt que de postuler un écart entre un idéal de santé sur lequel il est par ailleurs difficile de se mettre d'accord, et une réalité qui lui serait éloignée, au risque de renforcer la stigmatisation de l'Afrique en participant à l'enchantement pessimiste' de ceux qui depuis quarante ans, depuis le livre de René Dumont *L'Afrique noire est mal partie*, ne font qu'annoncer des catastrophes par 'ethnocentrisme généreux', elle a choisi de partir des description des pratiques et des stratégies des différents acteurs du système de santé, de leurs intérêts ou de leur contraintes et tout particulièrement de celles des médecins, en termes neutres.»¹⁶.

Je ne souhaitais nullement m'engager vers cette direction « d'ethnocentrisme généreux ». Sans vouloir nier la réalité de la situation au sein du service, en me laissant porter par ce que j'observais et pas par ce qui devrait être, je pense avoir évité cet écueil.

Par conséquent, pratiques et discours des acteurs du secteur psychiatrique ouagalais, et plus précisément du service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, ont constitué mes premiers matériaux de recherche et d'analyse.

C'est dans cette optique, de saisir avant tout la pratique des professionnels, que j'ai volontairement choisi de ne pas inscrire ce travail dans le champ des relations internationales, et plus particulièrement de l'aide internationale. Je ne souhaitais pas appréhender cette coopération, et ce qu'elle peut apporter sous l'angle du développement, et tout ce que cela implique : relation entre

¹⁶ Dominique Desjeux, « Préface » dans Isabelle Gobatto, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999.

Nord-Sud, inégalités d'échanges etc¹⁷. Je l'ai fait une première fois dans l'analyse des pratiques des coopérants français, cela ne me semblait pas judicieux de le reproduire. Par conséquent, la littérature relative au champ du développement est peu présente car tel n'était pas l'objectif.

La direction voulue pour ce mémoire, comme je l'ai déjà précisé, est avant tout l'insertion de la coopération dans le secteur psychiatrique burkinabé et ce qu'il en résulte : ce qu'elle prétend apporter, ce que les différents acteurs en font, sa confrontation avec le contexte socioculturel médical burkinabé etc. Bref, sa rencontre avec le terrain burkinabé. Comme le souligne Isabelle Gobatto, « la profession médicale, en tant que pratique professionnelle mais aussi sociale, ne peut être réduite à un modèle universel, identique quels que soient les lieux de son enracinement, mais trouve des configurations spécifiques et originales en fonction des contextes dans lesquels elle se construit »¹⁸.

Pour cela, son ouvrage¹⁹, a été une réelle révélation et une aide, bien que je l'ai découvert sur le tard durant mon terrain (j'ai trouvé l'ouvrage à la bibliothèque du centre culturel français de Ouagadougou). Ce livre, tiré de sa thèse en sociologie, analyse la profession médicale, et plus spécifiquement le corps des médecins, dans le milieu burkinabé. Elle cherche à comprendre ce que la transplantation d'un modèle occidental de médecine provoque dans le secteur médical burkinabé, chez les médecins. Nos objets de recherche se rapprochent, et partent du même désir de comprendre les pratiques, la façon dont elles se construisent sous l'injonction de différentes contraintes, internes ou externes au pays. Bien évidemment son ouvrage est beaucoup plus complet et prend en considération des dimensions absentes de mon mémoire, telles que les relations avec les autres secteurs médicaux (pharmacies, laboratoires, tradithérapeutes), ou bien encore les représentations sociales du médecin au Burkina Faso etc. Or, le grand absent de ce livre est la psychiatrie. Une des explications les plus plausibles est qu'au moment de ses recherches, le début des années 1990, le service de psychiatrie ne comportait que très peu de médecins-psychiatres. Ce n'est qu'en 1991 que le professeur O. a pris la tête du service, en relais du Dr. Mittelberg. Le développement de ce secteur n'en était qu'à ces débuts. Je n'aurais pas la prétention de dire que je viens compléter son livre et

¹⁷ Je pense notamment aux auteurs tels que Jean-Jacques Gabas, *Nord-Sud : L'impossible coopération*, Paris, Presse de Science Po, 2002; Gilbert Rist, *Le développement : Histoire d'une croyance occidentale*, 3ème ed., Paris, Les presses de Science Po, 2007. Ou bien encore des courants d'analyse tels que le post-colonialisme.

¹⁸ Isabelle Gobatto, *Etre médecin au Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris, 1999, p.23

¹⁹ Ibid.

ses recherches. Loin de là ! Cependant, mon travail permet une première approche du secteur psychiatrique au Burkina Faso.

On ne peut effectuer des recherches sur un service psychiatrie sans s'intéresser à cette dernière. Ainsi, la sociologie de la santé mentale constitue un pan important de mes lectures. Que cela soit l'histoire de la psychiatrie en France (Swain, 1994), l'analyse du pouvoir psychiatrique (Foucault, 2003; Castel, 1977), la sociologie des maladies mentales en elles-mêmes (Hacking, 2002; Demailly, 2011), tous m'ont aidé à mieux saisir l'objet « psychiatrie » en France. Il y a très peu d'ouvrages évoquant sociologiquement la psychiatrie dans des pays non occidentaux, excepté le courant d'ethnopsychiatrie dont le fondateur désigné comme tel est Georges Devereux²⁰. Cependant, dans cette approche, ce sont majoritairement des praticiens du monde psychiatrique qui écrivent. Les différents numéros de la revue *Psychopathologie africaine* en offre un très bon panorama des pratiques psychiatriques en Afrique, et plus particulièrement au Sénégal, et d'un entremêlement entre approche médicale « scientifique » et approche médicale « traditionnelle ». Toujours dans le domaine de l'ethnopsychiatrie, le sociologue Didier Fassin est un des rares à s'être saisi de la question des pratiques d'ethnopsychiatrie, dans une perspective politique en menant notamment une réflexion entre psychiatrie des migrants et accueil des migrants en France, et de façon plus générale, les implications politiques d'une telle pratique (Fassin, 1999 et 2000).

De plus très peu d'ouvrages, y compris dans le courant de la sociologie des professions s'intéressent à la pratique médicale à l'étranger, à la structuration de ce secteur, et encore moins dans le domaine de la psychiatrie. Cependant l'analyse de pratiques médicales étrangères vient à être approfondie par l'anthropologie médicale. Dans cette perspective, c'est avant tout le système de soins dans son ensemble qui est considéré, avec notamment le sens donné à la maladie, le système traditionnel de prise en charge, le caractère social de la maladie (Bonnet, 1988; Gobatto 1999). Ainsi les anthropologues vont dans les villages, observent et analysent le parcours de soins des patients, les pratiques des tradithérapeutes, mais quid de ce que font les infirmiers d'Etat au sein des postes de santé primaire ou encore des centres médicaux ? Les pratiques professionnelles sont peu prises en analyse pour ce qu'elles sont. Cependant, « peu » ne veut pas dire absence totale. En effet, les services hospitaliers sont de plus en plus investis par les chercheurs souhaitant saisir les différents facteurs contribuant à la pratique de la médecine telle qu'elle est faite en Afrique, dans les pays en

²⁰ Je renvoie notamment à deux de ses ouvrages : *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris Gallimard, 1970; *Psychothérapie d'un indien des plaines : réalités et rêves*, Paris, Fayard, 1951.

voie de développement (Gobatto, 1999; Jaffré, 1999; Lafaye, 2007). Leur démarche s'inscrit dans une volonté de comprendre comment s'inventent, comment émergent des pratiques médicales dans un environnement autre qu'Occidental, symbolisant une volonté d'étudier ce qui est et non ce qui devrait être. Par là, il s'agit de mettre en avant les différentes contraintes, institutionnelles, culturelles, économiques etc. pesant sur les façons de faire.

Enfin, concernant l'expertise médicale, des recherches sont menées mais principalement en médecine somatique (Dodier, 1993, Gobatto 1999). Dans le domaine de la psychiatrie, elle n'est généralement pas analysée dans un contexte médical, mais dans un contexte judiciaire. Cela ne vient que renforcer les représentations quant au rôle dévolu au psychiatre, celui de garant de la paix sociale (Senon, 2012). En outre, très peu d'ouvrages, à part celui d'Isabelle Gobatto traite de la cohabitation (pacifique ou non), au niveau des pratiques d'expertises, de deux savoirs différents : le savoir universitaire et le savoir « traditionnel ».

Ainsi ce travail, ne fait que suivre le chemin proposé par Isabelle Gobatto, Françoise Lafaye ou bien encore de Yannick Jaffré. Ces auteurs basent leurs recherches sur la médecine somatique, je me suis tournée quant à moi vers la psychiatrie. En cela, ce mémoire peut constituer un complément.

Les apports et les limites de ce travail

Comme tout travail, celui-ci présente ses intérêts et ses limites. Dans une perspective d'amélioration, et de développement d'une conscience par rapport à ce qui a été fait, il est nécessaire de les exposer.

Le premier grand intérêt de ce mémoire est qu'il vient compléter de précédentes recherches lors de mon premier Master 2. Je soulignais auparavant qu'une des limites des réflexions présentées était l'absence d'observation dans le service de psychiatrie burkinabé, étant donné que j'avais fait le choix de me centrer sur les coopérants français (choix que j'ai précédemment justifié). Cette incomplétude est dorénavant comblée. Les deux travaux se complètent et permettent une perception de cette coopération nettement plus juste qu'auparavant, et viennent enrichir la réflexion sur ce que peuvent être des échanges inter-hospitaliers entre hôpitaux étrangers.

Le second intérêt de ce travail est qu'il donne accès à des pratiques médicales qui ont cours au sein d'un pays considéré comme un des plus pauvres au monde. Comme je l'ai précisé précédemment, cela permet d'éviter de tomber dans un misérabilisme trompeur, construit par les discours et les pratiques d'agents particuliers (je pense notamment aux organisations internationales, aux différentes ONG etc.), où les praticiens hospitaliers seraient dépourvus de tout, mal formés et à l'affût de financements et méthodes occidentales. Ceci n'est pas le cas. Comme tous praticiens, les coopérants burkinabé composent leurs pratiques en fonction de multiples facteurs socioprofessionnels, les adaptent en fonction de ce qu'ils voient et font au quotidien. De cela résulte une pratique professionnelle qui a ses spécificités et mérite d'être analysée pour ce qu'elle est et non en comparaison de référents mis en place arbitrairement.

Cela m'amène à un troisième intérêt majeur de ce travail de recherche : l'observation de la professionnalisation d'un secteur médical spécifique, la psychiatrie. Ce domaine est très récent au Burkina Faso puisqu'il ne commence à émerger que dans les années 60. La coopération est un élément central dans ce processus de professionnalisation et de structuration. Il devient alors intéressant de voir l'émergence ou non de différentes possibilités au sein de ces processus.

Enfin, observer le fonctionnement d'un service de psychiatrie à Ougadougou, regarder les pratiques des acteurs, écouter et tenter d'entendre leurs discours, permet de développer un autre regard sur la psychiatrie en France. Cela n'est pas dépourvu d'intérêt et permet de comprendre qu'« un faire

autrement » serait possible, et d'interroger alors les « ça va de soi » existants. Bref, pour adopter une vision externe sur sa propre société, sa culture.

Abordons l'autre versant à présent, les limites. Le manque d'accès à la clinique des soignants burkinabé constitue une limite majeure dans ces recherches. Lors de ma troisième semaine de terrain, le professeur O. me signifia clairement mon interdiction à tout ce qui touchait de près ou de loin aux soins des patients (entretiens et visites), mais aussi aux différentes réunions institutionnelles et professionnelles. Je n'ai donc pas observé les soignants « en action », c'est-à-dire dans leurs relations avec les patients. Pour étudier l'appropriation de la coopération par les soignants burkinabé, et donc une application circonstanciée selon la personne, et le moment, c'est quelque peu problématique.

Dans un second temps, mon rattachement à un groupe d'acteurs en particulier, les attachés de santé. Certes, c'est « sur eux que repose la psychiatrie » (et encore, en faisant cela, je me laisse attraper par la vision et la division professionnelle au sein de la psychiatrie, véhiculée par les discours des coopérants français et des attachés de santé eux-même). Je fais ainsi l'impasse sur les médecins, le psychologue, l'assistante sociale mais surtout les patients, qui sont tout autant des acteurs de ce domaine. Je ne peux donc pas m'avancer sur la nature de leurs revendications, leurs perceptions, leur rôle, leurs pratiques dans le secteur psychiatrique burkinabé. A vouloir trop bien m'intégrer dans ce groupe des attachés de santé, car jugeant qu'il était le principal acteur, je me suis coupée des autres membres. En outre, je dois avouer pour être tout à fait sincère que mon attachement et le plaisir que j'avais à être en compagnie de certains d'entre eux, font que je n'ai pas vraiment cherché à me défaire des membres de ce corps de métier. Mon appartenance à ce dernier était visible, que cela soit par les lieux que je fréquentais (la salle de garde, la cafétéria, et même lorsque je sortais après le travail avec quelques un d'entre-eux), par le fait que je mangeais avec eux etc. Ceci a des conséquences aussi sur la façon dont peut me percevoir les acteurs des autres groupes professionnels.

Il aurait été aussi intéressant de développer mes analyses sur le secteur psychiatrique en élargissant mon champ de recherche : les différents services de psychiatrie présents dans la ville (anciennement les unités de soins psychiatriques) et n'appartenant pas à des structures hospitalières. Ils sont dirigés par des attachés de santé. Mais aussi les associations, et plus particulièrement ABASMEI ou bien SOS autisme, qui s'occupe des malades mentaux errants au sein de la capitale. Ou bien me

rapprocher d'acteurs travaillant au Ministère de la Santé et qui mettent en place les programmes nationaux de santé mentale. Cela permet d'élargir son champ d'observation, de saisir la configuration dans son ensemble du secteur psychiatrique burkinabé, de voir les différents acteurs engagés dans le processus de professionnalisation de cette spécialisation médicale.

Enfin, la dernière limite que je souhaite exposer ici, est langagière. En effet, je ne parle pas moré, langue des Mossi, principale ethnie au Burkina Faso et à Ouagadougou. La langue française est certes la langue officielle, elle est cependant loin d'être parlée par tous. En outre, même les individus le parlant couramment, usent grandement du moré. Ainsi, la barrière de la langue a beaucoup joué au niveau de la prise de contact avec les patients, ou bien au niveau de ma participation à des conversations entre soignants. Le service a beau être constitué par des acteurs aux ethnies différentes, et dont le moré n'est pas la langue maternelle, tous les soignants l'ont appris au moment où ils arrivaient à Ouagadougou. Le moré est une langue importante au Burkina Faso, au point que la constitution du pays, écrite en français, l'est aussi en moré. Je n'ai point besoin de souligner et de redire l'importance que la maîtrise de la langue locale a dans son intégration au sein d'un groupe.

D) L'importation d'une spécialisation médicale, la psychiatrie

Dans ce premier chapitre, il s'agit d'aborder les modalités de la « coopération » telle qu'elle existe depuis une vingtaine d'année entre le CHU Yalgado Ouédraogo et l'EPS de Ville Evrard. Des retours sur la coopération bilatérale, engageant directement le ministère de la Santé burkinabé et le ministère de la Coopération français, seront effectués. Les différentes formes revêtues par la coopération s'inscrivent dans une continuité, guidées par un même objectif affiché, celui de développer le secteur psychiatrique burkinabé, et ce en formant les soignants à la clinique, en important des techniques de prises en charge etc. En ce sens, la coopération constitue une véritable importation d'une spécialisation médicale. Nous allons donc analyser à la fois son fonctionnement ainsi que ses effets dans le domaine de la psychiatrie burkinabé.

Pour cela, je présenterai premièrement les dynamiques de la coopération. De ses origines ministérielles, à sa perpétuation inter-hospitalière, il s'agira de montrer la place de l'individu, et plus exactement l'importance de rencontres interpersonnelles dans la poursuite de cette coopération alors même que les ministères s'y désengageaient. Je me centrerai ensuite sur les échanges inter-hospitaliers qui ont cours depuis 1995, en montrant leur fonctionnement très personnalisés (avec un encadrement institutionnel a minima dont le but premier est de légaliser ces échanges), les moyens engagés du côté français et burkinabé ainsi que les modalités de ceux-ci.

Dans un second temps, je développerai l'idée que la coopération agit sur le secteur psychiatrique burkinabé, et ce à différents niveaux. Tout d'abord, elle contribue à modeler l'environnement thérapeutique en permettant, via un apport conceptuel, financier et logistique, la construction de nouvelles infrastructures psychiatriques, ou encore le réaménagement de structures déjà existantes. Nous constaterons que ces infrastructures sont le symbole de l'évolution de la psychiatrie burkinabé, et qu'elles recouvrent aussi des enjeux de pouvoir et de légitimation. Nous verrons ensuite que la coopération permet de consolider l'expertise médicale psychiatrique via la dispense, par les coopérants français, de formations continues, par l'accueil de stagiaires burkinabé en France etc. Enfin, elle joue aussi sur la configuration des carrières professionnelles en psychiatrie au Burkina Faso en élargissant notamment le champ des possibles professionnels ou en augmentant le capital professionnel des individus.

A) Les dynamiques de la coopération franco-burkinabé : des ministères aux hôpitaux

1) Une émergence sous l'auspice des politiques publiques

La manière dont la coopération inter-hospitalière prend forme et fonctionne de nos jours, n'a pas toujours été ainsi. Avant de concerner deux hôpitaux, et plus particulièrement, quelques individus au sein de ces derniers, elle était l'objet de relations entre deux ministères. Plus exactement, les ministères en étaient les représentants officiels, là où ce sont les hôpitaux actuellement.

Le système de soins, dans son ensemble, a connu durant « les années Sankara » (1983-1987), la mise en place de structures sanitaires (et plus particulièrement les centres de santé primaire ainsi que les centres de santé et de promotion sociale), des campagnes de vaccination massive. Au niveau de la psychiatrie, selon les dires du Dr. Mitelberg, rencontré il y a deux ans, la mouvance marxiste et, avec elle, la volonté politique de restaurer une certaine dignité aux exclus (dont les malades mentaux) était au principe de l'investissement du ministre de la Santé de l'époque, Abdoul Salam Kaboré, pharmacien de formation. Il a été ministre de la santé de 1983 à 1986.

En France, au milieu des années 80, le ministère de la Coopération est dans une mouvance de restructuration, et de légitimation qui passe notamment par un changement de ses modes d'action : travailler en projet, remplacement des coopérants militaires par des coopérants civils français, technicisation etc. (Meimon, 2010).

C'est en 1985 qu'est mise en place, entre le ministère de la Santé burkinabé et le ministère de la Coopération français, une coopération dans le domaine de la psychiatrie entre les deux pays. Un homme, le Dr. Mitelberg, psychiatre et psychanalyse de formation a joué le rôle d'interlocuteur entre les deux institutions. Dans un premier temps, il est venu au Burkina Faso après l'affectation de sa femme, Doris Bonnet, au Burkina Faso, anthropologue et chercheuse au CNRS, spécialiste du pays.

Le Dr. Mitelberg rencontre alors le ministre de la Santé de l'époque, qui lui propose à la fois de mettre en place un projet au niveau de la santé mentale, mais aussi de prendre la tête du service de psychiatrie du CHU Yalagado Ouédraogo. C'est ainsi qu'il y restera six ans (de 1985 à 1991) en tant que chef de service, avant de laisser le professeur O. prendre la tête du département. En 1985, les deux hommes avaient établis un texte définissant la nature et les objectifs de la coopération. Lors de ma rencontre avec le Dr. Mitelberg, il y a deux ans, voici ce que je relevais quant à ce texte

: réhabiliter le service de psychiatrie et notamment sur le plan architectural. D'une « cage » où étaient enfermés les malades, ils ont mis en place la cour de village, telle que nous pouvons l'apercevoir en photo ci-dessous, création d'une salle de conférences et de réunions pour l'ensemble du personnel de l'hôpital afin qu'ils viennent dans le service de psychiatrie, un volet de formations (essentiellement pour les attachés de santé. Il n'y a à l'époque qu'un seul psychiatre), l'achat d'une voiture pour aller sur le terrain pour des visites à domicile, la mise en place en 1985 des premiers modules de psychiatrie et de psychologie clinique et enfin une collaboration avec le secteur social. Je n'ai pas pu approfondir les conditions de genèses de cette coopération à cause d'une dégradation dans mes rapports avec le Dr. Mittelberg. Cela fait parti des aléas du terrain. Après présentation du texte, ce dernier est validé par les ministères burkinabé et français. La coopération peut débuter.



Deux points de vue de la cour d'hospitalisation. Nous y voyons en haut l'appatam, abris contre le soleil, lieu de sieste et de réunions professionnelles. Les cases que nous apercevons en haut et en bas (les bâtiments en ciment) sont les chambres des patients (deux par case) ou parfois des salles de consultation.



A la fin des années 80, début des années 90, ce mode de coopération, dont les financements et l'encadrement législatifs sont portés par les deux ministères, est remis en cause côté français. En m'appuyant sur la thèse de Julien Meimon, « En quête de légitimité. Le Ministère de la Coopération (1959-1999) »²¹, plusieurs facteurs peuvent être mobilisés : la marginalisation croissante du ministère de la Coopération dans le secteur de l'aide publique pour le développement se traduit par des réductions budgétaires, une diminution de ses effectifs, et une baisse considérable du poids du ministère dans le champ de l'aide face à la concurrence d'autres ministères, notamment celui des Finances, nouvel acteur de l'aide publique pour le développement en France. Ce repli s'accompagne d'une dégradation de l'image du ministère de la coopération, touché par différents scandales (le carrefour du développement, la déflation du franc CFA).

Les effets sur le programme de coopération sanitaire franco-burkinabé sont immédiats et le Dr. Mittelberg doit renégocier « le futur de cette coopération » et envisage l'idée d'une coopération inter-hospitalière. Cependant, ce passage se fera sans lui. En effet, il n'y a aucun lien entre le Dr. Mittelberg et le Dr. T (ce dernier a été le premier responsable français de la coopération inter-hospitalière). Ce n'est qu'après la mise en place de la coopération inter-hospitalière que les deux médecins se rencontrèrent, et que le Dr. T. pris connaissance de l'existence d'une ancienne coopération centralisée dans le domaine de la psychiatrie.

La relance de cette coopération résultera de l'engagement du Professeur O. Ce dernier a fait ses études de psychiatrie en France, à l'Université Paris-Descartes. Il rencontre le Dr. T. par l'intermédiaire du Dr. Serfaty, avec qui il fait son internat. Le Dr. Serfaty travaille à l'époque, en 1995, dans le même service intersectoriel en pédopsychiatrie que le Dr. T.

Selon ce dernier, son travail auprès d'une population originaire majoritairement d'Afrique noire, l'a amené à s'interroger sur des perspectives plus anthropologiques, écartées dans l'enseignement psychiatrique à l'Université, telles que les différents rituels de vie en Afrique (naissance, mariage, mort etc.), mais aussi les différentes interprétations de la maladie mentale. Il rencontrait en effet des difficultés dans la prise en charge d'enfants originaire d'Afrique noire. Plus particulièrement, il se confrontait à une forte résistance des familles dans la mise en place de soins et l'explication des troubles.

²¹Julien Meimon, « En quête de légitimité. Le ministère de la Coopération (1959-1999) », Thèse pour le doctorat en Science Politique, sous la direction de Madame la Professeure Johanna Siméant, Lille, Université Lille 2, 2005.

Si. Rires.

Dr T. : Ou à peine. Moi je suis né en Afrique, je suis toujours... J'ai fait plusieurs rapatriements sanitaires et j'ai toujours eu conscience qu'y avait un travail faisable. Et puis il s'est trouvé que mon ami, Ar. O. (le Pr. O.), qui n'était pas à l'époque un universitaire mais qui était en formation, est venu un jour, présenté par un autre collègue qui s'appelle Montraï pour nous donner des indications sur ces enfants qu'on voyait à Stains et qui nous posaient problème par un certain nombre d'attitudes etc. Et j'avais l'impression que les systèmes éducatifs étant différents, y avait des choses qu'on interprétait qui étaient pas adéquates. (Entretien avec le Dr. T., fait en 2014.)

Cette réflexivité sur son travail, ainsi que sur les limites de sa connaissance et de sa pratique, résulte probablement de ses prédispositions liées à son expérience personnelle en Afrique. Il est en effet né au Cameroun, et y a vécu durant six ans. Par la suite, des voyages fréquents, tant pour des raisons personnelles que professionnelles, l'ont amené sur le continent africain, et plus particulièrement l'Afrique de l'Ouest.

Tout à l'heure vous avez dit que vous êtes nés au Cameroun.

Dr T. : Oui. J'ai fait ma maternelle là-bas. Mais c'est pas un épiphénomène, je suis pas resté longtemps.

Vous êtes rentré en France jeune ?

Dr T. : Oui, je devais avoir 6-7 ans. Puis après j'ai rapatrié des patients quand j'étais interne à Abidjan, à Dakar.

Vous avez toujours eu des rapports avec l'Afrique ?

Dr T. : Oui j'ai toujours eu des rapports avec l'Afrique. Et comme mon père a eu pendant longtemps des missions en Afrique, j'avais aussi une dimension familiale des problèmes de l'Afrique. Je me suis toujours intéressé à l'Afrique.

Que faisait votre père ?

Dr T. : Il était statisticien. Il a monté le service de statistique de Yaoundé, de Brazzaville et puis après il a participé, il a fait de la formation, il a participé de la mise en place de statisticiens et à leur formation dans l'Afrique francophone. (Entretien avec le Dr. T. fait en 2014)

Quant au professeur O., le fait d'avoir été témoin (il a été l'adjoint du Dr. Mitelberg, selon les dires de ce dernier) depuis plusieurs années des conséquences de cette coopération dans le domaine de la psychiatrie, et plus spécifiquement dans son service, l'a incité à s'engager dans ce projet. Il a été le témoin depuis une trentaine d'années de ce qu'a produit la coopération ministérielle, et apprécie l'opportunité que cela représente pour sa carrière²² et pour le service au plan matériel²³ et symbolique²⁴. Quoiqu'il en soit, cette rencontre a permis la mise en place des ateliers inter-hospitaliers, principalement à la demande du professeur O., avec l'autorisation des deux directions de l'hôpital. Le Dr. T. rappelle la très longue discussion afin d'obtenir l'aval du directeur de l'EPS de Ville Evrard de l'époque, Monsieur Marchandet, alors assez réticent. L'extrait qui suit permet de constater que la réciprocité des gains est mis en avant.

Dr. T. : A 14h, il ne voulait pas. Puis à 19h, il acceptait.

Quels ont été vos arguments ?

Dr. : T. : Je lui ai dit qu'y avait rien là-bas, que ça permettait de développer la francophonie, que ça nous aidait nous-mêmes dans notre travail. Voilà. (Extrait de mon journal de bord du 31 mai 2016)

Durant cinq ans, les échanges inter-hospitaliers ont fonctionné de façon informelle, c'est-à-dire sans texte officiel. Ils avaient lieu tous les deux ans. Un premier voyage a été effectué par le Dr. T. et le directeur de l'hôpital, en 1996, afin de rencontrer les coopérants burkinabé et discuter de la tournure de cette coopération. L'officialisation eu lieu en 2000 avec les premières conventions de jumelage et le premier plan d'action triennal.

Dès les débuts en 1985, cette coopération est faite de rencontres individuelles et s'est constituée sur des trajectoires individuelles ayant des prédispositions à s'engager dans un tel projet : rapport à l'Afrique, intérêts professionnels. Les institutions, que cela soit des services ministériels ou une

²²Durant une des conversations 'informelles' avec le Dr T., ce dernier m'affirmait que la coopération, et lui, ont été un tremplin pour la carrière nationale et internationale du professeur O. Le professeur O. avait-il conscience de cette dimension carriériste dès le début ? Est-ce ce qui l'a incité principalement à poursuivre la coopération sous une forme nouvelle ?

²³ Au niveau du matériel, la coopération se caractérisait par des dons de matériels, de médicaments, de livres; de voitures pour les visites de patients en dehors du CHU. Or, tout ceci s'est arrêté selon la logique « qu'il faille se subvenir soi-même », selon les dires de différents coopérants français. Cependant, lorsque les délégations françaises se déplacent, elles laissent toujours quelques chose : médicaments, ordinateur, jeux pour les enfants, livres. Ainsi, les dons continuent-ils, mais probablement sous une forme moindre et surtout non cadrée.

²⁴En parlant de symbolisme, je pense notamment à la réputation, au rayonnement de ce secteur médical dans la sous-région. Une des matérialisations de cette renommée est l'accueil de stagiaires étrangers venus se former dans le service. Cela contribue au rayonnement du pays dans la sous-région.

structure hospitalière ne sont là que pour formaliser et financer le cadre d'échange. A l'époque où le Dr. Mittelberg était sur le terrain, il m'affirme que l'intervention des représentants du ministère se bornait à la lecture des rapports faits chaque année par celui-ci.

La définition, l'orientation et l'exécution de ces projets étaient l'apanage du Dr. Mittelberg et du professeur O. De même, dans la suite de cette coopération, le passage vers le modèle d'échanges inter-hospitaliers ne se fait pas sous l'impulsion du ministère de la Coopération française, mais du professeur O. et de sa rencontre avec le Dr. T. qui ont gardé le monopole de son orientation. A ce titre, elle ne fait que confirmer les analyses mises en avant par Julien Meimon : « L'analyse de la genèse permet d'autre part de se défaire d'une vision de l'institution comme réalité objectivée, existant indépendamment de ceux qui l'incarnent, alors que de nombreux travaux ont pu détailler combien les acteurs lui donnent consistance et fonction, et, par leurs pratiques orientent l'institution bien plus fortement que les formalisations juridiques qui en scandent le cheminement dans l'ordre institutionnel »²⁵. Cependant, que cela nous empêche pas de nous arrêter sur ces formalisations juridiques.

2) Le cadrage progressif des échanges inter-hospitaliers

Ainsi, dans un premier temps de cette coopération inter-hospitalière, les échanges entre les hôpitaux ne sont nullement formalisés et se matérialisent à travers la mise en place, par le professeur O. et le Dr. T., d'ateliers inter-hospitaliers centrés sur la pratique clinique. Devant l'ampleur que prend le phénomène et sous l'impulsion du Dr. T., ces échanges ont été officialisés, formalisés autour de deux types de textes : les conventions de jumelage et les plans d'actions²⁶, « parce qu'il le fallait » selon ces dires (il fallait officialiser la chose, les légaliser).

Les conventions de jumelage sont signées tous les cinq ans, et les plans d'action tous les trois ans. La signature se fait alternativement au Burkina Faso et en France.

J'ai analysé ces textes dans mon précédent mémoire²⁷. Cependant, je rappellerai quelques points.

²⁵ Julien Meimon, « Sur le fil. La naissance d'une institution », in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (sous la dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 106.

²⁶ Voir en Annexe, p.

²⁷ Pauline Aimard, « La coopération inter-hospitalière, un nouvel élan pour la psychiatrie ? Etude de cas : la coopération entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou ». Mémoire en vue de la validation d'un Master 2 de Science Politique, dirigé par Monsieur le professeur Yves Viltard, Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2014.

Les conventions de jumelage sont signées pour une période de cinq ans. Elles définissent à la fois les domaines concernés par la coopération (médical, paramédical, management, organisationnel etc.), mais aussi les différentes formes prises par les enseignements et les formations (accueil des stagiaires tant en France qu'au Burkina Faso - je précise qu'à l'heure actuelle j'ai été la seule stagiaire française venue au sein du service -, missions au Burkina Faso, ateliers inter-hospitaliers etc.), l'existence d'une évaluation suite aux actions menées etc. Ce document ne dit rien sur le rôle de chacun ou sur ce qui se fait dans la coopération. En revanche, le plan d'action triennal est plus précis. Celui en vigueur fut signé à Paris, lors de mon séjour à Ouagadougou.

Il se décline en trois objectifs majeurs : l'amélioration de l'offre des soins psychiatriques, la contribution à la formation universitaire initiale et continue, l'amélioration du management hospitalier du CHU Yalgado Ouédraogo. Chacun de ses objectifs se subdivise en sous-objectifs qui eux-mêmes se divisent en actes professionnels. Je vais m'arrêter sur le premier grand objectif et exposer ses subdivisions.

« OG1 : Améliorer l'offre de soins psychiatriques.

* OS1 Assurer l'acquisition des compétences et la formation continue en pratiques en pédopsychiatrie

- Assurer la formation continue en pédopsychiatrie et psychiatrie périnatale d'un attaché de santé ou d'une psychologue (Années 2016/2017/2018 : stage de 3 mois à l'EPS de VE d'un attaché de santé ou psychologue pour perfectionnement en psychomotricité, orthophonie, psychiatrie périnatale. Lieu : EPS VE)

* OS2 Renforcer les compétences des personnels dans la prise en charge des enfants et des adolescents

- Former et superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie en pratique clinique et thérapeutique : projet de développer le psychodrame (Années 2016/2017/2018 : deux missions de 3 ou 4 personnes pendant huit jours - 7 personnes/an- pour médecins, rééducateurs, psychologues, assistantes sociales, cadres de santé, infirmiers. Lieu : CHU YO)

- Former et superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie aux techniques d'orthophonie, de psychomotricité et de psychologie clinique (Années 2016/2017/2018 : deux missions de 3 ou 4 personnes pendant huit jours - 7 personnes/an- pour médecins, rééducateurs, psychologues, assistantes sociales, cadres de santé, infirmiers. Lieu : CHU YO)

- Superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie à la pratique des soins en CATTP²⁸ (Années 2016/2017/2018 : deux missions de 3 ou 4 personnes pendant huit jours - 7 personnes/an- pour médecins, rééducateurs, psychologues, assistantes sociales, cadres de santé, infirmiers. Lieu : CHU YO)

* OS3 Participer à l'implantation de la pédopsychiatrie ambulatoire en ville à Ouagadougou

- Sensibiliser les partenaires et les acteurs de l'hôpital, promouvoir le travail en réseau. Etendre la formation en pédopsychiatrie aux attachés de santé en psychiatrie de l'adulte, effectuer des actions de sensibilisation à l'attention des enseignants, faire des EPU destinés aux pédiatres (Années 2016/2017/2018 : inclus dans les missions ou nécessitant une prolongation de missions par an de 3 à 5 jours pour 2 personnes - médecin, psychologue, orthophoniste. Lieu : CHU YO)

* OS4 Développer la pratique et la recherche en psychiatrie périnatale

- Former le personnel en psychiatrie périnatale dans le cadre d'une formation recherche-action (Années 2016/2017/2018 : mission de 5 jours de formation. Lieu : CHU YO)

* OS5 Développer la pratique de la thérapie familiale

- Former le personnel du CHU YO en thérapie familiale. Module 1, 2, 3 (Années 2016/2017/2018 : 3 missions de 5 jours/an de formation, 2 personnes : médecin et psychologue. Lieu : CHU YO)

* OS6 Renforcer les compétences des personnels dans la prise en charge des urgences psychiatriques et analyse des pratiques

- Former et superviser le personnel dans la prise en charge des urgences. Avec une initiation à la prise en charge du psychotraumatisme. Mission exploratoire pour la création d'un hôpital de jour (Années 2016/2017/2018 : trois personnes pour une mission de huit jours. Lieu : CHU YO)

* OS7 Soutenir les ateliers inter-hospitaliers bi-annuels

- participation aux ateliers inter-hospitaliers (Années 2016/2017/2018 En fonction des budgets possibles. Lieu : CHU YO).

* OS8 Soutenir le projet de création d'une unité d'addictologie

- Mission de formation sur les addictions (Années 2017/2018. Lieu : EPS VE)

²⁸ CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. C'est une modalité de prise en charge typique de la sectorisation de la psychiatrie, consistant à mettre à la disposition de patients sortis d'hospitalisation des activités dont la visée thérapeutique n'est pas systématique.

A travers la lecture de la déclinaison d'un des objectifs principaux de la coopération, plusieurs réflexions émergent :

Tout d'abord, à la différence des conventions de jumelage, le plan d'action triennal dessine le rôle de chacun des camps : les coopérants français forment, apportent la connaissance, les savoirs médicaux. Les coopérants burkinabé en face reçoivent de l'aide. En outre, au travers l'analyse lexicale de ces objectifs se déclinant en acte, il n'y a pas de trace d'une réciprocité d'échanges entre les deux camps de coopérants. Il en est de même dans la suite du document qui reproduit cette version très asymétrique de l'aide internationale, des relations entre pays dits « développés » et pays « sous développés »²⁹.

Des rôles, des postures sont dessinés par les attentes mutuelles de chacun des camps (pour être plus précise par l'idée que chacun se fait des attentes de l'autre camp), par une certaine vision de la coopération et des relations entre deux pays aux situations socio-économiques, sanitaires très différentes³⁰. Cela est surtout symbolique, car ces textes et ce qui s'y dessinent n'ont aucune force contraignante.

Au cours de mes observations en 2014 et en 2016, j'ai noté les traces de cette inégalité. A priori des savoirs anthropologiques sont acquis par les coopérants français qui, en retour, transmettent un savoir médical. Cette différence de nature des connaissances reflète des enjeux divergent autour de la coopération. Les coopérants français, via l'assimilation de ce savoir anthropologique souhaite légitimer ou une démarche clairement identifiée d'ethnopsychiatrie, ou une prise en charge auprès d'une population multiculturelle³¹. Au Burkina Faso, en revanche, il s'agit d'asseoir une légitimité professionnelle, celle du psychiatre, à travers l'acquisition de modes de faire et de penser « scientifiques ».

Cette nature différenciée n'implique pas la même démarche au sein des deux camps. En effet, cette connaissance anthropologique peut se recueillir de façon générale dans l'ensemble du pays, voire même dans l'Afrique de l'Ouest de façon générale (la population accueillie au sein de la structure

²⁹ Pour une analyse plus approfondie de cette dimension asymétrique au sein des coopérations internationale, je renvoie à l'ouvrage de Jean Jacques Gabas, *Nord-Sud : l'impossible coopération ?*, Paris, Presse de Science Po, 2002.

³⁰ Concernant l'influence des attentes mutuelles dans la prise de rôle de chacun, voir de : Jacques Lagroye, « On ne subit pas son rôle », *Politix*, Vol 10, n°38, 1997, p.7-17.

³¹ L'EPS de Ville Evrard couvre le secteur du département de Seine-Saint-Denis, un département français accueillant une population aux origines étrangères importante.

d'ethnopsychiatrie La Causerie n'est nullement burkinabé dans son ensemble). Cela ne nécessite pas une présence au sein du service de psychiatrie de l'hôpital.

En revanche, les savoirs prodigués par les coopérants français, du fait de leur technicité, mais aussi de contraintes structurelles burkinabé (l'accès à des formations en dehors de cette coopération est extrêmement limité tant au niveau de l'offre proposée qu'au niveau du coût financier que cela représente), ou bien encore d'un manque d'investissement personnel de la part du personnel burkinabé (les livres présents à la bibliothèques ne sont consultés que par les DES, dans le cadre de la préparation de leurs cours ou de leurs examens. En trois mois de stage dans le service, je n'ai jamais vu un attaché de santé ou médecin consulter un livre. Cela ne signifie nullement qu'ils ne le font pas, ou qu'ils n'en possèdent pas d'exemplaires chez eux. Cependant, les conversations que j'ai eues semblent indiquer la rareté des pratiques de lectures professionnelles).

Ainsi, une des principales, si ce n'est la seule, façon d'acquérir les savoirs proposés par la coopération, est d'assister aux séances de formations dispensées dans le cadre des échanges inter-. La présence au sein du service, que cela soit au Burkina Faso ou en France pour les stagiaires burkinabé, est donc indispensable. En conséquence, l'acquisition des différents types de connaissances, ne se fait ni sur le même mode (il est beaucoup moins institutionnalisé pour les coopérants français, beaucoup plus souple, plus libre quant à leurs propres dispositions et désirs), et n'implique pas la même démarche chez les individus ni le même investissement.

Cette différenciation au niveau du mode d'acquisition des connaissances se retrouve au niveau de la temporalité des séjours dans chacun des pays. C'est une seconde caractéristique visible lorsque nous lisons le plan d'action triennal. Les coopérants français ne séjournent au maximum qu'une semaine dans l'enceinte de l'hôpital, contre trois à un an pour les coopérants burkinabé résidant au sein de l'EPS de Ville Evrard. Cela souligne une certaine inégalité temporelle de la coopération mettant en relief les rôles de chacun des camps : les coopérants français sont avant tout là pour former, l'assimilation ne vient que dans un second temps, tandis que les coopérants burkinabés sont là pour être formés. En conséquence, chacun des acteurs investit la coopération selon des enjeux qui lui sont propres, d'intérêts professionnels, personnels spécifiques. Cet engagement différencié à la fois selon le pays mais aussi les acteurs, n'est nullement précisé dans les textes. Il se dessine au fur et à mesure du jeu des acteurs, rendant alors son applicabilité plus malléable, et sujet aux différentes circonstances.

3) « Partager pour améliorer les soins »³² : une asymétrie des moyens

Des différenciations se retrouvent au niveau des moyens employés par chacun des camps. Cela résulte directement de la santé financière des hôpitaux concernés.

Tout d'abord sur le plan financier. L'EPS de Ville Evrard est un des rares hôpitaux dont le budget est excédentaire. Bénéficiant de sources de revenus autres que celui de son budget allégué dans le cadre des soins- tels que ceux provenant de la location de ses terrains pour le tournage de films³³, le budget consacré à la coopération est de trente mille euros annuel. Cela comprend les déplacements au Burkina Faso, et tout ce qui s'en suit : logement, nourriture etc. A cela s'ajoute un budget de trente mille euros réparti sur trois ans, provenant de l'agence française pour le développement, par l'intermédiaire de la fédération hospitalière de France. Annuellement, cela fait donc en tout et pour tout un budget de quarante mille euros.

En outre, une personne est mobilisée à part entière pour le domaine de la coopération, Monsieur Se., responsable du service de communication culture et de la coopération internationale ou encore le responsable administratif des coopérations de l'EPS de Ville Evrard (la nomination change d'un document à l'autre, selon le contexte de signature ou de publication).

Le budget du CHU Yalgado Ouédraogo est plus qu'incertain, fluctuant, et dépendant des événements extérieurs. Le budget n'est pas sous la forme d'une enveloppe générale à dépenser. Ce sont les dépenses autorisées par le ministère des Finances, dans le cadre de la coopération qui font le budget. Cela comprend les déplacements à l'étranger, l'hébergement. Cela touche le budget de l'hôpital de façon générale, et non uniquement le domaine de la coopération ;

Et le ministère de la Santé ?

Pr. B. : C'est pareil. Le ministère de la Santé a le budget qu'on lui donne, vous voyez. Ici, le problème, le solde budgétaire se fait au niveau du ministère des Finances, on dépend d'eux. Plusieurs ont voté des projets qu'on a mis en route, et au moment de l'application, le ministère des Finances dit « On peut plus donner d'argent ». Je vais vous dire, en 2014, c'est ça en 2014, au dernier trimestre, avant que le gouvernement ne tombe, y a eu, on devait recevoir 500 millions, l'Etat devait donner 500 millions de francs CFA à cet hôpital. Et ça a été retiré. Et ça c'est douloureux, au niveau de l'approvisionnement des médicaments et tout, c'est douloureux. On vous retire ça au dernier trimestre, vous faites comment ? Vous avez beau expliquer au ministère des Finances, lui écrire, vous faire représenter par le ministère de la Santé, mais Monsieur le ministre des finances est raide. Je

³²Sous-titre apparaissant en première page des Conventions de jumelage.

³³ Le lecteur trouvera à l'adresse internet suivante, l'annonce publicitaire publiée par l'EPS de Ville Evrard, pour la location de certaines parties du domaine : <http://www.eps-ville-evrard.fr/contacts/contacts-location-espaces-decors/>. Consulté le 26 mai 2016.

fais avec ce que j'ai. En 2015, on a retiré à l'hôpital Yalgado, 2 milliards de francs CFA. Tout ce qui a été projeté, on va devoir revoir tout ça, et surtout payer les employés. Et quand c'est comme ça, les voyages, les... tout ce qui est pas utile entre guillemets dans l'immédiat, on privilégie d'abord la fourniture des médicaments, des salaires et autres. Au conseil d'administration, on fait un plaidoyer, j'ai écrit au Ministère des finances, on s'est déplacé, pour expliquer vraiment la situation critique de l'hôpital. Le financier vous répond : « On peut pas dépenser ce qu'on n'a pas. ». Là vous comprenez que tous les projets, ceux qui voulaient importer du matériel ou autre, tout ça, ça ralenti. Le ministère des Finances est obligé de... (Entretien avec le professeur B., responsable du département des coopérations du CHU Yalgado Ouédraogo. Fait en 2016).

Le professeur B., cumule à la fois son poste de chef de service de gastro-entérologie, mais aussi de directeur du service de stages et des coopérations internationales du CHU Yalgado Ouédraogo. Cette position n'est, selon lui, pas tenable, et il perd espoir de voir les assistants, ainsi que les locaux qui étaient prévus il y a quatre ans, au moment de sa prise de poste.

Et dans les faits, vous êtes combien ?

Pr. B. Dans les faits, je suis toujours tout seul à gérer l'ensemble des choses. Malheureusement, je n'ai ni locaux, comme vous le voyez (il me montre son bureau jonché de classeurs, papiers, pochettes etc.), ni personnel pour m'appuyer. Pas par manque de volonté, mais bon c'était prévu qu'on construise un nouveau bâtiment pour la direction dans lequel je vais avoir, parce qu'ils sont à l'étroit à la direction là, dans lequel je vais avoir un nouveau bureau et recruter deux personnes pour m'épauler. Mais avec les événements qui se sont déroulés récemment, les coupures budgétaires, ça fait que ça n'a pas pu se mettre en place, à mon plus grand désarroi car c'est pas facile...

J'imagine.

Pr. B. C'est terrible car je reçois beaucoup de correspondance où le DG (Directeur Général) me demande mon avis, et il faut bien que je réponde. Il me demande toujours mon avis technique, que ce soit pour les stages ou les jumelages. Et je lui soumets ma proposition de réponse. S'il est d'accord, il signe, et on se met d'accord comme ça. Donc y a tout ça à gérer.

En plus de votre travail en tant que médecin ?

Pr. B. Oui, donc vous voyez, c'est difficile.

Le nouveau bureau et les agents, c'est toujours en cours ?

Pr. B. : C'est toujours en cours, c'est pas arrêté. Mais voilà, c'est par manque de moyens financiers. Comme je l'ai dit, avec les événements récents, les réglementations budgétaires, ça fait que l'argent est parti ailleurs. D'ailleurs, l'argent a été réduit. Le budget avait été voté pour le nouveau bâtiment, mais bon, on fait avec, on n'a pas le choix jusqu'il y ait une embellie qui permette de... (Entretien avec le professeur B., responsable du département des coopérations du CHU Yalgado Ouédraogo. Fait en 2016).

De même, la question du déplacement d'un pays à l'autre ne se pose pas de façon similaire. Au sein de l'EPS de Ville Evrard, actuellement, ce sont des préoccupations d'ordre sécuritaire qui dominent. Peut-on prendre la responsabilité d'envoyer du personnel en ce moment au Burkina Faso ? Si les coopérants sont venus cette année, ils avaient pour consignes de ne pas se déplacer à l'intérieur de la ville à pied. Un véhicule, mis à la disposition par l'établissement burkinabé, est là pour chacun de leurs déplacements, que cela soit pour se rendre à l'hôpital ou pour les déplacements personnels. Ces consignes ne sont pas respectées par tous les coopérants français, et certains les jugent excessives. Dans le camp burkinabé, ce sont des contraintes financières qui pèsent dans la possibilité de déplacements, ainsi que dans la composition des cortèges. Ainsi, chaque déplacement hospitalier doit recevoir l'aval du ministère des Finances burkinabé avant de se mettre en place. Sans autorisation émanant de cet organe, aucun membre, y compris le directeur général de la structure, ne pourra se déplacer. Cela est contraignant, et peut freiner notamment l'aboutissement de certaines coopérations, comme le témoignent les extraits de l'entretien mené auprès du professeur B.

Merci pour votre temps, je pense avoir posé les questions que je voulais.

Pr. B. : Je vous remercie de inaudible 33min. Je suis désolé de devoir la quitter (en parlant de la direction des coopérations de l'hôpital) sans la voir s'épanouir comme je le voulais quand j'arrivais. J'avais en tête un projet bien ficelé, mais nous avons du revoir nos ambitions à la baisse. Nos hôpitaux ne sont pas aussi autonomes. Il y a une bonne part du budget qui vient de l'Etat, et quand c'est comme ça, vous subissez le cours des événements. Si l'hôpital s'autofinçait, il n'y aurait pas besoin de tout ça.

C'est rare en général.

Pr. B. : Mais en Afrique nous avons encore plus la main dans la bouche de l'Etat. Parce que non seulement l'argent vient de là-bas et non seulement, nous sommes obligés d'avoir leur accord pour tout, pour pouvoir bouger, il faut qu'ils vous donnent un ordre de mission, le budget que vous allez dépenser, c'est discuter, le temps que vous allez passé là-bas, c'est géré là-bas. Les financiers, en tout cas, sont rigides, sont rigides. Par exemple, une fois qu'on va en France, si on peut après avoir fini, aller là dans la même lancée, c'est mieux que revenir pour repartir. C'est un gain d'argent, ça permet d'aller plus vite, de gagner sur tous les plans. Parce que quand vous revenez, vous êtes pas sûr de pouvoir repartir dans l'immédiat, sans cet accord, sans l'autorisation de l'Etat. (Entretien avec le professeur B., responsable du département des coopérations du CHU Yalgado Ouédraogo. Fait en 2016.)

Sur un plan plus humain, la coopération bénéficie de l'investissement des individus. En effet, elle repose avant tout sur l'individu, c'est une de ses particularités majeures. Les rencontres interpersonnelles sont ce qui déclenche à chaque fois la mise en place d'une coopération.

Comment vous choisissez vos partenaires ?

Pr. B. : D'abord par contacts personnels. C'est-à-dire que bon, on se rencontre, on manifeste un intérêt. Si on rencontre l'intérêt de l'autre côté aussi, on essaye de discuter, de voir ce qu'on peut faire, de mettre en branle les choses. Mais comme je vous l'ai dit, il y a des coopérations anciennes, qui fonctionnent toujours. Mais pour ce qui est des coopérations que nous venons établir, ce sont souvent des gens qui vont en stage. Et bon là-bas d'entretiens en entretiens, de relations en relations, bon bah, on veut poursuivre un peu la coopération entre les structures. Il y a un intérêt. (Entretien avec le professeur B., responsable du département des coopérations du CHU Yalgado Ouédraogo. Fait en 2016.)

L'absence de moyens financiers, techniques, de capital symbolique (comme la renommée d'un établissement) peut expliquer cette forte personnalisation de la coopération dans son émergence et sa mise en oeuvre. La faible institutionnalisation de ces liens peut être à la fois une force mais aussi une faiblesse dans l'existence, la continuation des échanges inter-hospitaliers.

Comme le souligne Mark S. Granovetter dans son article, « The strength of weak ties »³⁴, les liens faibles peuvent avoir des effets. Par liens faibles, il entend ces relations dans notre entourage, qui sans être investies par le temps, l'intimité etc., permettent une certaine efficacité dans divers projets (l'exemple pris dans l'article est le cas d'une personne cherchant un travail. Le succès de cette quête sera d'autant plus probable qu'il mettra à profit non pas son cercle de connaissances immédiats, les personnes les plus proches de lui, mais des cercles périphériques, plus éloignés). Ici les responsables entretiennent des relations durables, où chacun trouve un certain intérêt, sans pour autant revêtir des formes d'amitié telles que nous pouvons l'entendre habituellement. La configuration des liens qui se sont tissés dans le temps, est une donnée à prendre en compte afin d'expliquer la continuité des échanges inter-hospitaliers. Je prends pour exemple l'arrêt de deux coopérations de l'EPS de Ville Evrard, une avec le Togo et une avec le Niger. Toutes deux ont cessé après quelques années d'existence. Divers événements extérieurs, tels qu'un coup d'Etat, ont empêché la poursuite d'échanges noués de manière plus lâche.

Cette faible institutionnalisation se répercute sur le recrutement des coopérants. Ainsi, pour le responsable du service administratifs des coopérations de l'EPS de Ville Evrard, Monsieur Se., cette individuation entraîne l'existence d'un petit cercle fermé d'individus coopérants et freine les possibilités d'étendre la coopération à l'ensemble de l'hôpital, et non pas aux seuls services concernés (le centre d'ethnopsychiatrie, le service de pédopsychiatrie ainsi que le service dirigé par le Dr. Ch., cette personne étant spécialisée dans la technique de thérapie familiale.).

³⁴ Mark S. Granovetter, « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, vol. 78, mai 1973, p. 1360-1380.

De même, l'attachée de santé A., émet la crainte que cette coopération prenne fin avec le retrait des deux principaux protagonistes, le Dr. T. et le professeur O.

Pourquoi ?

A. : Je vais être sincère. Je pense que la retraite du Dr T. va jouer un, va trop peser dans la balance parce que vu la manière dont lui il se battait pour que cette coopération perdure, je ne suis pas sûre que d'autres personnes soient disposées à se battre comme lui il l'a fait. Je crois que cette coopération est partie du bonjour entre deux personnes. Et un bonjour qui a réuni deux hôpitaux, deux nations et tout ce qui a pu se faire après. Et, comme j'ai dit, le Dr T. et une de ces personnes et le Pr. O.. l'autre de ces personnes. Et c'est deux personnes sont appelées à aller à la retraite. Et eux ils avaient des objectifs et ils avaient, ils voyaient l'enjeu, l'importance de ces échanges-là. Je ne suis pas sûre que ceux qui viennent aient les mêmes perspectives qu'eux. (Entretien avec l'attachée de santé A.. Fait en 2014)

C'est sur cette modalité que j'achevais mon mémoire précédent, en m'interrogeant sur la forme future de cette coopération, et en me demandant si une institutionnalisation plus importante de celle-ci pourrait constituer un moyen de survit de ces échanges inter-hospitaliers. Si on lit le témoignage ci-dessous du Dr. T., le processus d'institutionnalisation tend à se renforcer. Cela se fait parallèlement au désengagement des acteurs initiaux, fondateurs : le Dr. T. et le professeur O.

Et de façon générale comment vous voyez la coopération entre un pays riche est un pays pauvre ?

Dr T. : (...) Donc, la fédération hospitalière elle souhaiterait plutôt voir s'établir des coopérations techniques. C'est-à-dire comment faire la maintenance d'un hôpital, comment gérer les ressources humaines. Mais elle est que très peu sensible à la transmission des savoirs. En psychiatrie c'est la transmission de la clinique, des savoirs, des échanges qui est un truc positif, et là-dessus y a très peu de gens. Et on voit très bien, alors qu'avant la coopération c'était moi qui définissais les actes, qui structurais les choses. Là l'administration est en train de prendre le pouvoir.

4) Les modalités des échanges inter-hospitaliers

Pour des raisons de clarté vis-à-vis du lecteur, je vais diviser le fonctionnement selon le pays concerné.

En France, il s'agit principalement de la mise en place de formations continues par des déplacements au Burkina Faso, une à deux fois par an. L'EPS de Ville Evrard prend tout en charge : vol, hébergement, nourriture. La durée moyenne de séjour est d'une semaine. L'intégration de coopérants nouveaux français se fait par cooptation. C'est le Dr. T. qui a proposé aux Dr. W. et Dr. Ch. de participer à ces échanges inter-hospitaliers. Chacun par la suite en parle à des personnes de son service. Ainsi, l'entrée dans le cercle de coopération se fait par réseau de connaissances et par affinité, renforçant l'importance de l'individu dans le fonctionnement de la coopération. Seule une dizaine d'employés se rendent chaque année au Burkina Faso, sur un ensemble de 2400 agents travaillant à l'EPS de Ville Evrard. Cette façon de procéder était voulue et est pleinement assumée par le Dr. T. et Madame T. qui y voient là un moyen de structurer les rapports entre professionnels, français mais aussi burkinabé, autour de cette expérience commune partagée. Nous pouvons faire l'hypothèse que derrière ce discours « unificateur », il y a la volonté de préserver et de défendre une certaine position dans la coopération, ainsi que le monopole de sa définition.

Cela constitue une limite selon le responsable administratif des coopérations de l'établissement, comme le souligne l'extrait d'entretien suivant :

C'est-à-dire ?

Mr Se : C'est-à-dire que pour l'instant, ça reste encore des actions qui fonctionnent beaucoup par cooptation, et pas suffisamment, de mon point de vue, par appel à participation à des projets. Ce sont plutôt des équipes qui incrémentent des participants, plutôt que quelque chose qui fonctionne de façon transparente de mon point de vue. À l'hôpital on n'est pas structuré pour recevoir des projets complémentaires, comme ça, ça manque un petit peu je trouve de fonctionnement pour la coopération pour l'instant. (Entretien avec Monsieur Se. Fait en 2014)

Cet extrait, où le système de cooptation de la coopération est critiqué, est à situer dans les rapports de pouvoir qu'il peut exister entre les protagonistes, et plus particulièrement entre le Dr. T. et Mr. Se. Nous pouvons aussi envisager, qu'il s'agit pour l'administration de l'hôpital de s'approprier la coopération, en renforçant son emprise, en voulant notamment modifier le mode de recrutement de la coopération.

Sur le territoire français la coopération se matérialise essentiellement par l'accueil de stagiaires, à la fois dans des domaines cliniques mais aussi administratifs et gestionnaires de l'hôpital. Actuellement, il y a deux attachés de santé, un dans le service d'addictologie, le second suit en tant qu'auditeur libre l'école des cadres, ainsi que deux docteurs en cours de spécialisation (DES), dont le principal lieu de stage est au centre d'ethnopsychiatrie à Aubervilliers (centre co-dirigé par les époux T.) et au sein du service d'hospitalisation pour adulte. Deux autres DES sont présents en France, mais dans un tout autre contexte que celui de cette coopération. Les six soignants burkinabés séjournent en France pour une durée d'un an.

Pour ceux venus dans le cadre de la coopération, ils sont logés, nourris (le repas du midi seulement s'il est pris dans l'enceinte de l'hôpital) et la carte de transport est prise en charge par l'hôpital français. Ils touchent une bourse émanant du CHU de Yalgado Ouédraogo, en plus du salaire touché par les attachés de santé³⁵ : trois cents mille francs pour les attachés de santé (soit 457 euros) et cinq cents mille francs pour les DES (762 euros).

Au niveau du Burkina Faso : l'ensemble du service est concerné par la coopération et a connaissance de celle-ci. Les formations sont suivies sur une base de volontariat (plus ou moins. Il n'est pas rare que les Majores, ce qui serait l'équivalent des cadres infirmières en France, incite à y participer), il n'y a aucune sanction par un examen, si ce n'est pour les DES de deuxième année, depuis 2016. Concernant les départs en France, cela se fait par désignation par le professeur O. Une petite histoire qui se raconte dans le service en rapport à cela : au départ, le professeur O. désignait exclusivement des femmes, car ces dernières étaient mariées et avaient des enfants. Ainsi, s'assurait-il de leur retour au Burkina Faso. Tous les attachés de santé m'ayant conté cela ont en tête le Dr. Y., médecin burkinabé, parti faire sa troisième année de DES en psychiatrie dans le cadre de la coopération. Or, il n'est jamais revenu au sein du service, et exerce toujours à l'EPS de Ville Evrard. Dorénavant que toutes les femmes attachées de services sont partie au minimum une fois en France (sauf pour les nouvelles arrivantes, au nombre de deux), le critère de sélection se fait selon l'ancienneté dans le service, mais aussi sur proposition du professeur O.

³⁵ Les attachés de santé sont rémunérés ou par le Ministère de la santé ou par l'hôpital selon leur statut. Majoritairement, le personnel du service est financé par le Ministère de la Santé.

Cette venue en France n'est pas souhaitée par tous et ce pour différentes raisons : certains considèrent la bourse insuffisante pour aller vivre en France, de même pour l'encadrement de façon générale (comme ce qui concerne la prise en charge des soins dans le cas de maladies, rien de cela n'est précisé. Ici la faible institutionnalisation peut devenir une source de résistance et de rejet de la part de l'acteur), car ils ont conscience qu'ils ne pourront appliquer les savoirs cumulés en France, au sein du service burkinabé, ou bien encore du fait de l'absence limitée de gratification par un diplôme, ou si c'est le cas, notamment dans le cadre d'un diplôme universitaire (les DU de façon générale s'étalent sur un an. Leur forme correspond à la durée de séjour des coopérants burkinabé venus en France. Ainsi, chaque passage en France d'une durée d'un an se traduit par le suivi d'un DU, dont l'inscription est à la charge du soignant burkinabé), par une hausse de salaire. Bref, par une reconnaissance professionnelle, et donc d'une forme de singularisation du statut du coopérant burkinabé parti en France. Cette gratification statutaire est limitée principalement par l'organisation interne du service. En effet, les promotions professionnelles pour les attachés de santé est de passer au grade de Majore. Or, les trois postes du services sont occupés par des femmes, devenues Majore suite à un séjour en France. Ce manque de reconnaissance professionnelle perçu par les acteurs de santé n'est donc pas tant dû au fonctionnement de la coopération en elle-même qu'à l'organisation interne du service. Ici, nous avons une instrumentalisation de la coopération, par les attachés de santé principalement, afin de faire valoir des désillusions professionnelles.

Les incitations à la venue en France ne semblent pas satisfaisantes et suffisantes pour les coopérants burkinabé, d'autant plus que le prix à payer en face peut être élevé : quitter sa famille pendant un an, vivre dans un contexte socio-culturel complètement différent -ce qui peut être mal vécu par certains, comme le montrent les extraits d'entretiens suivants-, les lourdeurs administratives par rapport à l'obtention du visa (il arrive que les coopérants burkinabé arrivent « en retard » au début de cession de formation-DU ou école de cadre- du fait du temps d'obtention.

Ce que témoignent les extraits d'entretiens menés avec Monsieur Se. et l'attachée de santé A. en 2014.

En rapport à la vie en France :

Votre expérience à Toulouse, comment vous l'avez vécu ? C'était la première fois que vous veniez en Europe ?

Nicolas : Oui.

Comment vous avez vécu l'expérience ?

Nicolas : Très mal. Très mal. Parce que l'image que j'avais. J'ai pas trouvé ça comme ça. En fait, l'individualisme m'a beaucoup déplu.

On est si individualiste que ça ?

Nicolas : Non, j'ai pas dit que.. Pour vous ça ne vous dit rien. Pour moi, un jeune africain, qui a toujours vécu au milieu des gens... Du coup, quand tu pars, tu es seul. Tu dis « Bonjour », la personne à peine te répond. C'est ça, les jeunes qui partent en études, ils sont pas préparés.

J'ai une cousine qui veut plus mettre les pieds en Europe. Silence. En fait, en face de son studio, y avait un autre studio avec une dame. Elle aime pas rester seule. Du coup, elle allait regarder la télé chez la dame. Mais ça plaisait pas à la dame. Elle a cru que c'était parce qu'elle avait pas de télé. Du coup, elle lui en acheté une. Mais la cousine continue de venir et la dame comprenait pas pourquoi, puisqu'elle avait une télé.

Rires. Tu vois.

(...)

Qu'est-ce que vous alliez dire ?

Nicolas : Non. J'ai dit... Si au campus, tu tombes sur dix personnes comme toi, tu vois que l'expérience française sera douloureuse. Mais moi je ne vous en veux pas. C'est tout à fait normal. (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016)

Ou encore, voici ce que je notais lors de l'entretien avec Jacqueline, qui fut non enregistré.

Elle a aimé ses études en France et a travaillé comme une folle. Mais a déprimé. Les gens ne se disent pas bonjour, ne se parlent pas.

Concernant les démarches administratives :

Et là, pour les visas, vous intervenez ?

Mr Se : Euh, sous forme de lettre d'accréditation, de système d'hébergement. (Entretien avec Mr. Se. Fait en 2014)

Pour venir en France, vous avez obtenu facilement le visa ?

A. : Oh que non ! Ça a été la croix et la bannière pour venir ici.

Pareil pour les autres années ?

A. : Non que cette année, les autres fois ça allait. Là je suis arrivée avec un mois de retard. Je suis arrivée en octobre alors que les cours commençaient le 1^{er} septembre.

Qu'est-ce qui s'est passé ?

A. : C'est l'ambassade de France qui pourra vous répondre. Rires. J'ai déposé ma demande qui aurait pu être répondue tout de suite parce que je ne viens pas pour rester mais en stage. J'avais tous les documents officiels, j'avais même une communication officielle orale signée du ministère des Affaires Etrangères du Burkina. Et malgré tout ça... ça a bloqué. Je ne saurais dire pourquoi. (Entretien avec l'attachée de santé A. Fait en 2014)

En conséquence, la volonté de venir en France, dans la cadre de la coopération, n'est pas commune à tous et diverge selon un calcul propre à chacun, résultant à la fois de leur situation actuelle mais aussi de leur trajectoire personnelle. Plusieurs éléments entrent en compte.

Premièrement, le statut marital de la personne : le fait d'être marié, d'avoir une famille peut être un élément « négatif » dans la venue en France. Cet élément fait directement écho au suivant. Je précise qu'à ce niveau-là les DES sont « favorisés » par rapport aux attachés de santé : de façon générale, ils sont plus jeunes, ne sont pas mariés, et n'ont pas de famille en charge. Dans un second temps, les bourses touchées lors de leur venue en France divergent selon le statut professionnel, allant du simple au double, comme souligné précédemment. Il y a une autre inégalité au niveau du financement : les DES, du fait de leur statut, peuvent effectuer des gardes de nuit, payées deux cents euros la garde, devenant ainsi une source de revenu complémentaire. Ce n'est nullement le cas des attachés de santé, qui touchent uniquement leurs salaires. La circulaire du 7 mars 2012 relative aux conditions d'accueil et de recrutement des stagiaires associés dans les établissements de santé-gestion³⁶, met fin à l'accueil des attachés de santé burkinabé sous le statut d'aide soignant. Ce statut leur permettait alors même qu'ils effectuaient des activités sans rapport à cette profession, un salaire versé par l'EPS de Ville Evrard. En outre, la possibilité de mettre en oeuvre les compétences apprises constitue une variable à ne pas omettre. En effet, l'acquisition de connaissances et de compétences nouvelles se heurtent à la réalité financière, professionnelle (je pense à la hiérarchie au sein du service, ainsi qu'à la position du chef, le professeur O.) du terrain. Cette incapacité d'action est un secret de polichinelle et existe depuis que la coopération inter-hospitalière est en place, décourageant alors les initiatives personnelles.

Ces différents éléments entrent en compte dans l'arbitrage effectué par le soignant burkinabé. Il me revient en tête, une phrase que me disait un attaché de santé, « Si c'est pour aller se faire chier un an en France et perdre de l'argent, pourquoi j'irai ? ». Des attachés de santé ont déjà refusé des missions en France. Là, où je pensais naïvement que le simple fait de venir en France constituait en

³⁶ Cette circulaire est disponible dans les annexes jointes, page 157.

quelque sorte un graal, une expérience suffisante en elle-même, je me suis rendue compte des différents facteurs socio-économique qui entrent en compte dans la décision finale. Venir en France est nullement une fin en soi. Loin de là. Cela constitue avant tout un moyen d'augmenter son capital financier, pour les DES, et professionnel (même si ce dernier ne se matérialisera pas automatiquement dans l'enceinte du CHU Yalgado Ouédraogo, mais plus dans le secteur privé). En outre, même une fois en France, la motivation du soignant burkinabé se voit confrontée, mise à rude épreuve par la relation entretenue avec les responsables du CHU Yalgado Ouédraogo et par les relations qu'il va nouer dans le service d'accueil.

L'exemple le plus récent concerne le financement de DU en addictologie. Abdel, est attaché de santé en santé mentale au CHU Yalgado Ouédraogo depuis huit ans. Il est marié et à trois enfants mineurs.

Dans le cadre de la coopération, il est parti un an en France afin de se former en addictologie. Ainsi fait-il son stage au sein du service d'addictologie de l'EPS de Ville Evrard. Ne concevant pas la pratique sans la théorie, il pose la condition suivante à sa venue en France : l'inscription dans le DU d'addictologie. Le contrat est passé et accepté dans un premier temps entre lui et le professeur O., puis dans un second temps avec la direction générale de l'hôpital. Les frais d'inscription s'élèvent à 1049 euros, soit près de trois fois son salaire mensuel. Les cours ont débuté au mois de septembre, il a avancé les frais en se « débrouillant » (selon ses dires). Il a appris au court de son séjour, qu'il ne sera pas remboursé. La conséquence de cela ? Il refuse, à l'image du Dr. G. (qui s'est trouvé dans la même situation que lui), de faire profiter le service de ses nouvelles compétences à son retour au Burkina Faso. Lorsque je lui ai demandé à qui cela profiterait, il m'a nommé le secteur privé.

Le fait de venir en France pour assimiler connaissances et compétences, ne va pas de soi. La coopération ne revêt pas la même attractivité selon les individus, et plus précisément selon leur position socioprofessionnelle. De même, la confiance et le soutien hiérarchique lors de la venue en France constitue pour les coopérants burkinabé un élément structurant leurs pratiques au moment de leur retour dans le service.

Ainsi, cette coopération, qui se matérialise par un échange de connaissances et de pratiques (de nature, certes différentes comme nous l'avons vu) se fonde et existe avant tout sur des liens interpersonnels³⁷. Elle se base, évolue, en fonction des rencontres, des affinités personnelles et/ou professionnelles. Le tout émerge à travers la création d'un objectif commun « partager pour améliorer les soins »³⁸, pouvant être investie différemment selon les acteurs, du fait notamment de sa faible institutionnalisation.

Malgré ces différents éléments, la coopération concourt à être un élément structurant dans la psychiatrie burkinabé. C'est ce que nous allons voir à présent.

³⁷ Sur le rapport entre liens interpersonnels et coopération, je renvoie aussi à l'article de : Souami Taoufik, « Liens interpersonnels et circulation des idées en urbanisme. L'exemple des interventions de l'IAURIF au Caire et à Beyrouth », *Géocarrefour*, 2005/3, Vol.80, p.236-247.

³⁸ Sous-titre apparaissant en première page des Conventions de jumelage.

B) La structuration du secteur psychiatrique burkinabé

Il s'agit dans cette partie de voir les conséquences de cette coopération, de « cette transplantation professionnelle »³⁹ à différents niveaux. Tout d'abord, ce qui est le plus visible à l'oeil nu, le cadre architectural, avec la construction de nouveaux bâtiments et le réaménagement du service. Dans un second temps, elle agit sur le capital professionnel des individus, défini par les savoirs et les compétences accumulés. A ce niveau-là, elle est investie de façon individualisée, selon les intérêts propres à chacun. Ainsi, elle contribue à dessiner la configuration des carrières professionnelles possibles au Burkina Faso dans le domaine de la psychiatrie.

Par conséquent, nous allons constater comment les échanges inter-hospitaliers (mais aussi la coopération depuis 1985) concourent à l'émergence et à la structuration d'une spécialisation médicale. Pour être plus exacte, il s'agit de voir comment s'implante, s'importe une spécialité professionnelle au Burkina Faso. Quels sont les chemins empruntés, quels sont les acteurs qui portent ces changements, les incarnent et les mettent en pratique.

1) Une nouvelle dynamique de l'environnement thérapeutique

Cela peut faire sourire, mais les bâtiments en eux-mêmes, le fait qu'ils existent et soient utilisés, investis par les acteurs, ont leur importance dans l'analyse de cette coopération. En effet, chaque nouvelle infrastructure construite, chaque réaménagement entrepris au sein du service est révélateur, matérialise la mise en place d'une nouvelle spécialisation en psychiatrie, de nouvelles compétences ou bien encore d'une considération nouvelle vis-à-vis des patients. Surtout, « le bénéfice d'un lieu géographiquement identifié, de bâtiments spécifiques, d'agents assimilés à l'institution donnent-ils lieu à des transactions dont l'enjeu principal est de préciser l'envergure de l'institution, ou ses limites, et tend à objectiver la fonction de l'institution. »⁴⁰.

De plus, les infrastructures n'ayant pas vu le jour, et nous allons voir lesquelles, sont révélatrices des contraintes liées au contexte socio-culturel et économique. Ils seraient donc dommage de passer à côté de ces absents.

³⁹ Isabelle Gobatto, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999.

⁴⁰ ⁴⁰ Julien Meimon, « Sur le fil. La naissance d'une institution », in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (sous la dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 125.

Débutons cependant par ce qui existe et est visible à l'oeil nu.

Je me dois de retourner au début de la coopération, en 1985. Comme je l'ai souligné précédemment, dès cette année, des architectes ont été mobilisés afin de modifier prioritairement le lieu d'hospitalisation. Ce dernier, avant l'arrivée du Dr. Mitelberg, se caractérisait par un « cabanon », pour reprendre les termes de l'attachée de santé Samiratou. Le cabanon est une cage grillagée où étaient enfermées, tous ensemble, les personnes jugées comme souffrant de troubles mentaux.

Avec la mise en oeuvre de la coopération, le cabanon est devenu la cour telle qu'elle existe actuellement (voir les photos dans l'avant propos). La physionomie de cette dernière représente une cour de village typique du Burkina Faso. Elle se compose de cases comprenant chacune deux chambres, généralement double⁴¹, beaucoup de manguiers pour prodiguer de l'ombre (plus qu'indispensable pour survivre à Ouagadougou), un robinet vers le centre utilisé par les membres de la cour afin de remplir des seaux pour la lessive, nettoyer les ustensiles de cuisine, boire etc. Au milieu, a été construit l'appatam (voir la photo dans l'avant propos). Il s'agit dans notre cas d'un lieu circulaire, constitué de bancs, recouvert par un toit de tuiles. Il a été mis en place au moment de la restructuration du service, afin d'apporter un abri supplémentaire contre le soleil aux patients, qu'ils soient hospitalisés ou attendent une consultation, mais aussi pour les accompagnants et les visiteurs. C'est aussi, aux heures les plus chaudes, un lieu de sieste apprécié.

⁴¹ Le service d'hospitalisation comporte au total 54 lits, qui se divisent en 26 chambres doubles et 2 chambres individuelles. Il faut ajouter à cela, 2 salles d'isolement. Le standing des chambres diffère selon le prix payés. Dans le service de psychiatrie, cela va de 4500 francs CFA à 500 francs CFA, soit de 6,80 à 0.76 euros la journée (pour rappel, le SMIC est à 32 00 francs actuellement). Les catégories citées ci-dessous sont valables à l'ensemble du CHU.

La catégorie 1, à 4500 francs CFA la journée, est une chambre individuelle, climatisée avec une table, une chaise, un lit et un matelas comme nous les connaissons. Il y en a deux dans le service.

La catégorie 2 est à 2000 francs CFA la journée. Chambre double, avec ventilateur, lit et matelas, ainsi qu'une table. Il y a dans cette catégorie, deux chambres doubles. A cela, il faut ajouter une chambre qui se situe dans le couloir du bâtiment et qui utilisée comme chambre d'observation où le patient peut être gardé durant 48h maximum avant de décider s'il est hospitalisé ou pas.

La catégorie 3, le prix est à 1000 francs CFA la journée. Il n'y en a pas dans le service de psychiatrie.

La catégorie 4 est à 500 francs la journée. Ici, le lit disparaît, de même pour la table et le ventilateur. A la place, nous avons des blocs de ciment sur lesquels sont posés un fin matelas. Il y a 23 chambres double.

La catégorie 5, à 100 francs la journée, ne dispose pas d'une chambre. C'est l'autorisation de poser un tapis à même le sol où dans les couloirs des services de l'hôpital. Cette catégorie est absente du service de psychiatrie.

Enfin, au fond de cette cour, trois éléments viennent compléter le décor. Surtout, ils favorisent la sociabilité au sein de ce lieu. Ce sont ceux que j'évoquais dans l'avant propos.

Le foyer, ou bien encore la cafétéria. Depuis quelques années, c'est tenu par Biba, qui propose différents plats chaque midi. Accessible à toutes les personnes de l'hôpital, soignants, soignés, accompagnants, ou visiteurs. Le prix des plats est en moyenne de 300 francs CFA (0.45 euros). A côté, un débit de boissons qui concrètement se matérialise par une table en ferraille au niveau de laquelle s'asseyent sur des chaises en plastiques deux femmes. Elles gèrent une salle où sont regroupées les boissons (« sucreries », bières, cafés, bouteilles et sachets d'eau). Et enfin, vient le stand des brochettes.

Comme je l'ai déjà précisé, le personnel du service, s'assied près des cuisines de Biba, sur une terrasse surplombante, où prend place une longue table, accompagnée de bancs, pouvant accueillir une quinzaine de personnes. Les fois où j'ai vu un soignant du service désert cet endroit, c'est lorsqu'une personne de l'extérieure lui rend visite. Dans ces cas-là, ils s'installent sous les manguiers. L'emplacement est libre. Chaises et tables sont à la disposition de chacun, y compris des patients.

L'ensemble de l'espace a donc été conçu pour favoriser à la fois l'ouverture sur l'extérieur, mais surtout la sociabilité des personnes, que cela soit entre patients et soignants, mais aussi entre soignants et entre patients. Des places ont été pensées et faites afin de favoriser la rencontre, la coexistence entre individu. Surtout, ce lieu d'hospitalisation a été pensé afin de produire une continuité entre l'extérieur et l'intérieur, à l'inverse des institutions psychiatriques occidentales⁴².

On sous-estime la force de l'architecture, et du décor, quant à nos ressentis, nos comportements, nos pensées, par rapport à, et dans un lieu⁴³ (Penloup, 2014.). Cette réflexion me semble essentielle dans le domaine de la santé, notamment lorsqu'on sait que la durée moyenne de séjour en psychiatrie, est d'un mois. Elle est de plus en plus investie par des architectes, des géographes qui s'intéressent à l'influence de l'infrastructure dans le processus de guérison et des ressentis des patients.

⁴² La dichotomie extérieur et intérieur est d'ailleurs une des variables prises en compte dans l'analyse d'institutions totalitaires, telle que développée dans Erving Goffman, *Asiles. Etude sur la condition des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Editions de Minuit, 1968.

⁴³ Je renvoie ici le lecteur à une discipline émergente, mais forte intéressante, qui est la psychologie environnementale et notamment à l'article d'Emily Anthes, « Comment l'architecture influence notre pensée », *Cerveau & psycho*, n°33, mai-juin 2009, p. 30-35. Ou encore à un mémoire : Emmanuel Penloup, « L'architecture des lieux de santé et la prise en compte des besoins des usagers. Observation du service de soins de Suite et Réadaptation de l'hôpital Rothschild à Paris », Mémoire pour le M2 en Architecture, sous la direction de Monsieur le Professeur Bruno Poth, Normandie, Ecole nationale supérieure d'architecture de Normandie, 2014.

Comme le souligne la géographe Aude Nikiema, lors de ses recherches sur le CHU de pédiatrie de Ouagadougou, « il s'agit de comprendre en quoi le lieu peut interférer sur le sentiment de bien-être du patient, sa compréhension des soins et son acceptation du traitement. »⁴⁴.

La seconde grande modification visible, est le service de pédopsychiatrie. Ce dernier a ouvert en 2004, et a été construit grâce aux derniers crédits du Ministère de la Coopération qui l'a financé en très grande majorité. Pour les frais secondaires, ils ont été pris en charge par le CHU Yalgado Ouédraogo. Il se situe à peu près à une centaine de mètres du service de psychiatrie adulte. Les cours de chacun d'entre eux sont séparées par un mur de deux mètres à peu près (la faible hauteur de ce dernier en fait un lieu de prédilection lorsque les patients cherchent à fuguer. Ils évitent ainsi de passer par l'avant du service adulte, où se trouve à toute heure de la journée et de la nuit un vigile). Au niveau de la taille du bâtiment, cela n'est pas comparable au service de psychiatrie. Tout d'abord ce n'est pas un lieu d'hospitalisation, mais uniquement de consultation. Il a été envisagé comme tel, et construit dans cette logique. Lorsque nous pénétrons, nous sommes face à une cour d'une centaine de mètre carré, où la végétation n'a pas encore pris toute la place qui lui revient, c'est en marche. Le bâtiment est longitudinal, et se caractérise par la juxtaposition de bureaux des psychologues et attachés de santé. A cela s'ajoutent deux salles pour accueillir les ateliers thérapeutiques avec les enfants (de psychomotricité, de contes etc.) et une cuisine, qui est avant tout un lieu de rassemblement pour les soignantes. Cette cuisine comprend un frigo, une gazinière, un évier, une table, des bancs etc. Tout a été acheté par le personnel de la pédopsychiatrie, qui se rembourse en mettant en place un commerce informel de glace : les sachets d'eau sont transformés en glace puis revendu ou aux vendeurs de boissons, ou à la vendeuse de dégué (un yaourt blanc auquel on ajoute des graines), tous deux proches du service de psychiatrie. Il y aussi trois toilettes, qui fonctionnent. Le mur du couloir donnant sur l'extérieur, est tapissé par des fresques représentant des dessins pour enfants. Il est évident, que face au service de psychiatrie adulte, la modernité des lieux, qui transparait par les matériaux utilisés pour les sols, pour les bureaux, frappe de suite le visiteur .

⁴⁴ Aude Nikiema, « Approche spatiale d'un centre hospitalier, le CHU pédiatrique de Ouagadougou (Burkina Faso), *Echogéo*, octobre-décembre 2014, n°30, p.1-13, p. 4.

En revanche, il n'y a pas de coin d'ombre dans la cour, les parents ou accompagnants attendent donc dehors, sous le soleil, la fin de la consultation (quand ils ne participent pas, ce qui est rare) ou des ateliers (ils sont systématiquement exclus). Un banc est mis à leur disposition, au niveau du bac à sable, près du toboggan, et de la balançoire (qui doivent être probablement plus anciens que le service).



La façade du bâtiment de pédopsychiatrie, construit en 2004.



La construction de ce lieu symbolise surtout l'émergence et la consolidation d'une spécialisation au sein-même de la psychiatrie : la pédopsychiatrie. Les formations, dans le cadre de la coopération, dans ce domaines-là ont débuté dès le début des échanges inter-hospitaliers en 1995 (le Dr. T. étant pédopsychiatre à la base). Ce n'est pas rien. En effet, c'est le seul service de pédopsychiatrie du Burkina Faso. Il matérialise surtout la constitution d'un nouveau corps professionnel, celui de la pédopsychiatrie. Auparavant, avant que des soignantes ne soient formées en France, à l'EPS de Ville Evrard, une pédiatre venait effectuer des consultations. Ainsi, peu à peu, a émergé cette discipline à travers l'accueil et la formation de personnel burkinabé. Symboliquement, cela peut être important pour le CHU afin de renforcer son aura. En effet, il existe à Ouagadougou un CHU de pédiatrie dans lequel aucun service de psychiatrie n'existe ou bien aucune consultation n'est mise en place. Le CHU Yalgado Ouédraogo constitue donc à ce titre une référence nationale, si ce n'est aussi dans la région de l'Afrique de l'Ouest. L'existence d'un tel service impacte donc sur le rayonnement, le capital symbolique du CHU Yalgado Ouédraogo, son attractivité.

Intéressons-nous à présent au bâtiment n'ayant pas vu le jour, ou en court d'élaboration. Actuellement, est en discussion entre les deux hôpitaux la création d'un hôpital de jour. L'hôpital de jour est caractéristique de la psychiatrie de secteur en France. Il a pour vocation l'accueil durant la journée de patients hospitalisés ou anciennement hospitalisés, à qui sont proposées différentes activités thérapeutiques, ou tout simplement un lieu d'accueil. Lors de la venue de la délégation représentée par le Dr. T., Madame T. et S. (consacrée à la clinique en psychiatrie adulte), le projet a été discuté durant une matinée avec qui le souhaitait durant d'une réunion. Il y a eu majoritairement des attachés de santé, dont la Majore. Je n'ai pas le souvenir de la présence d'un médecin.

La Majore est venue plusieurs fois en France, faire des stages au sein de l'EPS de Ville Evrard. Un de ceux-ci était orienté sur la thématique de l'hôpital de jour. Il a eu lieu il y a dix ans. Or, depuis son retour, rien n'a été mis en oeuvre dans le sens d'un hôpital de jour, ou même d'activités thérapeutiques. Lorsque je posais des questions, personne n'a su me répondre. Est-ce l'autorité du professeur O. qui fait barrage ? Un manque de moyens financiers, matériels, humains ? L'absence de motivation de sa part ?

Si ce projet d'hôpital de jour aboutit, il donnera lieu à la construction d'un nouvel édifice, consacré à cette façon particulière de prise en charge, emblématique de la psychiatrie française. De nouveau, une infrastructure incarnera l'acquisition et la mise en place de compétences professionnelles nouvelles, mais surtout évoquera l'histoire propre à la psychiatrie française, la sectorisation.

Pour ce qui concerne les bâtiments n'ayant pas vu le jour, et ce malgré un projet, je pense particulièrement au service d'addictologie. L'exemple qui va suivre illustre que cette absence d'infrastructure peut résulter d'un certain rapport de force, ou pour être plus exact, d'un certain rapport à la hiérarchie professionnelle, mais aussi de contraintes structurelles.

Actuellement, il y a un attaché de santé, Abdel, qui est en formation pour un an dans cette spécialité. Cela comprend dix mois de stage au sein de l'hôpital français, plus le suivi d'un DU en addictologie. Or, ce n'est pas le premier. Il y a sept ou huit ans, un attaché de santé, décédé depuis, était venu faire cette même formation. A son retour, le professeur O. lui demanda un projet quant à la prise en charge en addictologie. Dans la proposition de projet de cet attaché de santé, un centre devait voir le jour et être consacré aux soins des personnes souffrant d'addictions. Cependant, le projet proposé, visait une infrastructure en-dehors de l'hôpital. Voici ce que me dit Abdel par rapport à cette histoire rapportée par lui :

... (L'attaché de santé) qui est venu avant moi faire la formation d'addicto, quand il est revenu, ça ne servait à rien pratiquement. Parce que quand il est revenu, on lui demandé de monter un projet, le professeur O. , lui a demandé ça pour qu'il puisse mettre en œuvre ce qu'il a appris. Il a monté le projet. Malheureusement, lui, il a vu grand. Pour lui, son projet c'était de créer un centre en-dehors de l'hôpital. Mais le professeur O. ne va jamais accepter ça. Pour quelqu'un qui veut contrôler tout, jamais il acceptera que toi tu aies un centre autonome et que tu fasses ce que tu veux. Mais comme c'est quelqu'un qui ne parle pas, il ne te dira jamais « non », il a pris le projet, l'a posé sur son bureau. (Entretien avec l'attaché de santé Abdel. Fait en 2016)

L'hospitalocentrisme caractéristique du secteur psychiatrique burkinabé (différentes spécialités de la psychiatrie, telles que la pédopsychiatrie, l'addictologie sont concentrées dans un même lieu) résulte d'une volonté émanant du professeur O. Cette volonté, représente à la fois des dispositions caractérielles propre au professeur, mais aussi des contraintes locales, telles que le manque de personnels, de moyens financiers ou encore certaines formes d'injonction d'organisations internationales (ainsi le système de soins pyramidal burkinabé a été institué par la déclaration d'Alma Ata émise par l'OMS en 1978). Ce positionnement hospitalocentré se retrouve dans les différentes discussions autour de l'hôpital de jour. En effet, une des modalités de la discussion autour de celui-ci, était de savoir si cela serait une structure dans ou en-dehors de l'hôpital. Le Dr.

T., alors que nous nous rendions dans un restaurant pour déjeuner, me fait comprendre explicitement que le professeur O. n'acceptera jamais un projet avec un hôpital de jour à l'extérieur du service, du fait de « son désir de tout contrôler » (ce sont ses termes). Apparemment, selon les dires des personnes du personnel (attachés de santé et psychologues), il est impossible de faire changer d'avis le chef de service pour faire valoir un projet. La coopération rencontre ici une de ses limites, dans cette forte hiérarchisation et autorité professionnelle.

Les infrastructures sont un des symboles de la division, ou bien encore de spécialisation, de la psychiatrie en sous-disciplines. Elles sont aussi la matérialisation, et l'objectivation, de l'acquisition de compétences et de savoirs nouveaux. Une façon d'incarner le capital humain et professionnel accumulés au cours de et via la coopération, comme le précise l'attachée de santé A. :

Et après vous avez mis ça en place au CHU ?

A. : Oui. L'ouverture officielle de l'unité a été le 5 janvier 2005. Les locaux étaient déjà là, ça a été vite, ils attendaient juste les compétences. (Entretien avec l'attachée de santé A. Fait en 2014)

De même La Causerie, centre d'ethnopsychiatrie de Ville Evrard, est considéré par Madame T. (la responsable clinique du centre) comme l'émanation, le résultat de cette coopération. Elles sont en quelque sorte le symbole d'une importation professionnelle faite chose. A travers l'évolution de ces dernières, nous pouvons parfois avoir accès à cette histoire, à ce processus d'institutionnalisation. Leur absence, au-delà du fait de pouvoir représenter des limites d'action de la coopération, matérialise un certain rapport de forces, un état des lieux de la hiérarchie professionnelle au sein du service, ainsi que des contraintes contextuelles. Infrastructures existantes et inexistantes dessinent et définissent le paysage hospitalier du Burkina Faso, reflétant l'évolution de la psychiatrie au Burkina Faso, ainsi que ses contraintes économiques et sociales.

2) Constitution d'une expertise médicale

Dans ce paragraphe, je traiterai des différents contenus de cette expertise médicale, ainsi que des moyens de la consolider et de la légitimer. La question de l'application de cette expertise et de sa fonction en psychiatrie, sera traitée plus loin dans la seconde partie de ce mémoire, à travers notamment une réflexion autour du diagnostic.

Cette expertise médicale est prise dans un processus de professionnalisation et de légitimation initié par les individus la revendiquant, mais aussi par la coopération. Nous allons en effet constater que cette coopération, depuis qu'elle existe, est un élément central dans le processus de professionnalisation et de légitimation de la pratique psychiatrique au Burkina Faso.

C'est en mettant en avant, en revendiquant une certaine capacité à intervenir auprès d'une certaine population, que les acteurs de la psychiatrie burkinabé tentent peu à peu d'asseoir à la fois leur position professionnelle, mais aussi leur position sociale, leur statut au sein de la société. Dans cet objectif, la reconnaissance par l'Etat est essentielle si ce n'est pour dire vital. Nous savons, depuis les travaux de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1993) ou de Norbert Elias (Elias, 1975), la puissance normative et de légitimation de ce dernier. Il est donc un des canaux majeurs empruntés par les acteurs revendiquant un statut socioprofessionnel.

Ainsi, un des supports majeurs d'une expertise professionnelle, et donc de l'expertise médicale, est la formation universitaire. Cette dernière est ce qui permet une légitimation à travers une officialisation par la reconnaissance d'un diplôme, de compétences et de savoirs. C'est donc une scène à investir.

Dès l'arrivée du Dr. Mittelberg, des modules de psychiatrie sont insérés dans le cursus de médecine à la Faculté de Ouagadougou. Surtout, tout est mis en oeuvre pour que la formation des attachés de santé se fasse au Burkina Faso et non plus au Sénégal. C'est en 1987 que la première promotion d'attachés de santé en santé mentale débute sa formation au Burkina Faso. En revanche, ce n'est qu'en 2003, que s'ouvre une filière psychiatrie en médecine. Les jeunes médecins voulant se spécialiser dans ce domaine ne seront plus obligés ainsi de partir au Sénégal ou en France (les deux principaux pays formateurs dans le cas du Burkina Faso). A travers la mise en place de ce cursus universitaire, nous avons l'apparition d'une nouvelle voie de légitimation de la psychiatrie, et par là même la consolidation de son « droit d'exercer ». La psychiatrie s'installe dans le paysage universitaire burkinabé, montrant ainsi la volonté de l'Etat d'investir pour former des professionnels

de la psychiatrie. Cette démarche implique différentes idées. Tout d'abord une certaine volonté de s'autonomiser par rapport aux pays étrangers dans l'enseignement et la formation des médecins-psychiatres, mais aussi une reconnaissance de leurs savoirs, et plus, une légitimation de ceux-ci.

Autre élément majeur constituant cette expertise médicale, les formations continues. Il faut savoir que celles-ci sont plébiscitées par l'ensemble du service de psychiatrie. Aucun acteur n'a porté de jugements négatifs sur l'apprentissage par la formation continue. Au contraire ! Celles-ci passent par la venue des différentes délégations françaises. Je rappelle qu'elles sont au nombre de trois : la pédopsychiatrie, la thérapie familiale, la clinique psychiatrique adulte. Chacune d'entre elles organise son propre programme, et ses visites, en évitant de venir en même temps que les autres afin de ne pas submerger le service, et surtout d'avoir accès à l'ensemble du personnel. Tout simplement, pour ne pas se faire concurrence aussi. Chacune a sa façon de procéder. Ce qui suit s'appuie sur ce que j'ai observé et ce que les coopérants eux-mêmes m'ont dit.

La pédopsychiatrie est représentée cette année par le pédopsychiatre W., une psychologue et une orthophoniste. Un psychométricien fait habituellement partie du groupe. Cependant, pour des raisons qui lui sont personnelles, il a cessé de participer aux échanges. La formation se déroule principalement par l'installation d'une pratique en commun. Ainsi, lors des consultations d'enfants, l'orthophoniste travaille en binôme avec une attachée de santé ou une psychologue, de même pour la psychologue. Quant aux Dr. W., il lui est demandé de consulter des cas « difficiles », c'est-à-dire posant problème au personnel soignant au niveau du diagnostic ou des modalités de prise en charge. Cette pratique par binôme est complétée par des débriefing en groupe, où est discuté justement la posture de chacun, ce qui pourrait être changé, amélioré, ce qui convient aux niveaux des façons de faire avec l'enfant, la famille. Enfin, des conférences peuvent aussi avoir lieu. Si elles sont centrées sur le sujet de la pédopsychiatrie, elle ont lieu au sein de l'amphithéâtre de l'hôpital et sont adressées à l'ensemble de la structure. Une des volontés affichées du Dr. W. est de faire connaître la pédopsychiatrie, et d'en étendre sa pratique, de créer des réseaux, comme il le dit le lui-même. C'est ainsi qu'il a mené cette année un rapprochement avec le CHU de Pédiatrie de Ouagadougou, afin de discuter d'une possible coopération inter-hospitalière.

Dr. W : Et puis alors quelque chose qu'on a essayé de faire depuis des années et qui a été assez compliqué c'est de développer un réseau. En France la pédopsychiatrie fonctionne beaucoup en réseau, en réseau avec l'école, en réseau avec les services sociaux. Alors les services sociaux au Burkina Faso, c'est pas très développés quand même, l'école oui mais c'est compliqué les enseignants ont beaucoup d'élèves dans les classes. Et un réseau avec les autres services de pédiatrie ou autres, c'était très compliqué aussi parce que les choses sont très compartimentées. Alors en France les choses sont compartimentées, mais au Burkina Faso c'est encore pire, c'est très compartimenté. (Entretien avec le Dr. W. Fait en 2014.)

Cette année, le thème de la présentation donnée par le Dr. W. était l'autisme. Cette conférence sur les troubles du spectre autistique - nouvelle nomination dans le milieu psychiatrique -, m'a beaucoup interrogée. En effet, cette catégorie fait énormément débat dans les milieux psy en France. Je ne m'arrêterais pas sur ceux-ci, ce n'est pas l'objet de ce mémoire. En revanche, il m'apparaît logique que dans cette présentation, au-delà d'un exposé sur l'approche occidentale de façon générale, ce qui est déjà beaucoup, l'exposant y inclue sa position, plus ou moins inconsciemment. Ainsi, durant cet exposé, est présenté aux personnes présentes, principalement l'équipe de pédopsychiatrie, mais aussi une pédiatre, une neurologue, quelques étudiants infirmiers et médecins, à la fois les critères et définitions du DSM V (Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux) publié en 2013, du CIM 10 (Classification internationale des maladies, émise par l'OMS) publié en 1994, puis l'approche française, qui tend à s'écarter des grands modèles présentés à l'international. Cependant, cette façon de faire à la française, tant défendue par les praticiens de la métropole, ne résulte-t-elle pas de l'histoire, de penseurs, des conflits idéologiques, d'intérêts spécifiques à la France ? Comme le nomme Isabelle Gobatto, il s'agit bien d'une transplantation, certes professionnelle, avec tout le bagage socio-culturel et historique qu'il y a derrière. Ainsi, la seconde image du power-point de la présentation, représente une femme devant une banderole « Autisme, arrêtez ce carnage ». Le titre de ce power-point : « Source de polémiques en France ». Après la présentation des différentes approches selon les classifications, DSM 5, CIM 10 et la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. LA dernière réactualisation date de 2012), il est exposé des outils théoriques de diagnostic et de prise en charge. Alors la très grande majorité, si ce n'est la totalité implique des moyens financiers, humains n'existant pas au sein du service. Je me demande donc quelle est la fonction de cette présentation ? Certes, ceux qui l'ont faite me répondront que c'est un moyen de transmettre des connaissances, un savoir. Ma question est donc la suivante : il y a-t-il un intérêt à transmettre des connaissances qui ne font pas écho à au contexte où elles sont transmises ?

Cela me rappelle une anecdote contée par Madame T.. Elle assistait au Burkina Faso à un colloque sur la sexualité, mis en place par le service de gynécologie du CHU. La présentation débute. Il est projeté, via un vidéo-projecteur, une photo représentant le sexe d'une femme blanche non excisée. Il est demandé alors à Madame T. d'intervenir. Voici ce que fut sa réponse (la retranscription respecte l'idée, mais pas forcément les mots. Cet exemple m'a été donné durant un moment où je ne pouvais pas prendre de notes) : « Je ne pense pas que ce que vous voyez tous les jours dans votre pratique ce soit ça. Je ne peux pas parler de sexualité, si vous commencez par montrer des images fausses. ».

L'excision est une pratique encore courante au Burkina Faso (selon l'UNICEF, 75% des jeunes femmes et femmes de 15 à 49 ans sont excisées.⁴⁵), le suivi gynécologique est quasi-inexistant, et les consultations n'ont lieu que lorsqu'un mal est déjà bien avancé (Gobatto, 1999). Cette intervention reflète l'incongruité qu'il peut y avoir à parler d'un thème déconnecté des réalités socio-culturelles et historiques.

La preuve en est par cette conférence sur l'autisme. Monica Gather Thurler, docteur en science de l'éducation, souligne dans sa contribution à un ouvrage centré sur les établissements, « qu'aucun changement ne se produit si l'on ne tient pas compte des caractéristiques particulières de l'école et du milieu qui l'entoure »⁴⁶. Nous pouvons amener cette réflexion dans le cas du service de psychiatrie : peut-on espérer un changement dans les pratiques, une évolution de celles-ci si ce qui est proposé est déconnecté à la fois de la réalité du service, des préoccupations du personnel soignant, des moyens dont ils disposent ? Au-delà d'un cumul de connaissances (mais cela doit-il être une fin en soit, il reste cependant à savoir ce qui a été retenu réellement par les personnes présentes à cette conférence), quels sont les apports pragmatiques professionnels de ce type de discours ?

⁴⁵ Unicef, Lutter contre l'excision. Site accessible à : <https://www.unicef.ch/fr/nous-aidons-ainsi/programmes/lutter-contre-lexcision-1>. Consulté le 10 mai 2016.

Je précise que ce chiffre de 75% avancé par l'Unicef, varie entre 60% et 75% selon différents sites consultés. Malgré cette variation de 15 point, le taux est dans tous les cas extrêmement élevé.

⁴⁶ Monica Gather Thurler, « L'efficacité des établissements ne se mesure pas : elle se construit, se négocie, se pratique et se vit », in Marcel Crahay (dir.), *Evaluation des établissements de formation : problématique et méthodologie*, Bruxelles, De Boeck, 1994.

La délégation française constituée du Dr. T., de Madame T. et de S. est orientée vers la clinique adulte. Les formes prises par les formations ne sont pas toutes à fait les mêmes. Elles s'adressent tout d'abord à un plus grand nombre de personnes⁴⁷. Puis, l'ensemble se concentre sur la matinée (en pédopsychiatrie, les coopérants restaient jusqu'à 15h30 après une pause déjeuner).

Chaque année est défini un thème de formation, qui est assuré par le Dr. T. Pour l'année 2016, le psycho-traumatisme était au programme. La forme que prennent les formations dispensées est similaire à un séminaire d'université. L'objectif clairement exprimé, est d'augmenter, d'améliorer les compétences cliniques du personnel soignant. Ainsi, lors de la venue au mois de février, il est proposé trois choses : une formation en psycho-traumatologie et en victimologie donnée par le Dr. T., des séances d'ethnopsychiatrie menées par le Dr. T et Madame T., et une réflexion autour de la création d'un hôpital de jour. Tout se concentre sur la matinée, durant les horaires de travail des soignants.

La formation en psycho-trauma se décline comme suit : l'histoire de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), la clinique du psycho-traumatisme, les explication du stress post-traumatique (STP), les modalités de prise en charge de ce stress et enfin la victimologie. Comme souligné dès l'introduction par le Dr. T. et Madame T., l'objectif de l'évaluation du trauma en France est avant tout orienté vers une visée judiciaire à des fins de réparation. Ce qui n'est pas le cas au Burkina Faso où une telle démarche n'existe pas. Un premier élément pouvant expliquer l'évolution et l'ampleur du psycho-trauma en France ?

Cette formation prodiguée par le Dr. T., s'inscrit dans la démarche du psychiatre Gérard Lopez, fondateur de l'Institut de victimologie de Paris et initiateurs des premiers cursus universitaires en psychotraumatologie et victimologie. Mes connaissances sont limitées dans ce domaine, mais je doute qu'il y ait une seule approche théorique concernant le psycho-trauma. Ainsi, ce qui est transmis par le Dr. T. lors des séances matinales, est l'approche à laquelle il adhère, et qui a fait ses preuves selon son expérience. Il l'affirme lui-même : « Que mon expérience et mon savoir vous soient utiles. Vous avez vos profs pour les cours. »⁴⁸.

⁴⁷ Le service de psychiatrie adulte est composée de 14 attachés de santé contre 6 en pédopsychiatrie. De même, les DES, au nombre de 11 au total -dont 4 sont en France- restent dans le service de psychiatrie adulte.

⁴⁸ Extrait de mon journal de bord, à la date du Vendredi 12 février 2016.

C'est en cela qu'il fait la critique de la méthode du débriefing, méthode qu'il ne conseille nullement et développe très peu, voire quasiment pas dans sa présentation. Il le dit ouvertement. Je suis certainement passée à côté d'autres subtilités que mon absence de formation dans le secteur psy m'empêche de saisir. Cependant, en s'appuyant sur le peu d'écrits existants, nous pouvons aisément saisir que là aussi, il est transmis bien plus que de simples compétences.

Dans un second volet, c'est l'aspect clinique qui est développé via des consultations d'ethnopsychiatrie. Celles-ci sont menées avec des patients désignés par l'équipe burkinabé, par Madame T. et Dr. T. selon la même méthodologie employée en France. La seule exception est l'utilisation de co-thérapeutes, rendu difficile du fait du nombre de personnes présentes dans la salle. Cet aspect de la formation fait débat parmi les attachés de santé. Non pas tant le fait de travailler avec les différentes natures de croyances des patients (nous reviendrons sur cet angle dans la seconde partie) mais plus sur le fait que cela soit pour eux « naturel » de faire ainsi. L'argument avancé par certains attachés de santé, relève de leur connaissance « innée » de ce savoir traditionnel et donc une utilisation automatique de la méthode d'ethnopsychiatrie. Ils mettent en avant le fait que depuis leur naissance, ils sont confrontés à ces modes de penser le monde. Ce savoir indigène s'opposerait donc au savoir acquis par les coopérants français et blancs, et nous interrogeant alors sur la hiérarchie des savoirs mais aussi sur quelle nature de savoir peut susciter une résistance chez les burkinabé. En l'espèce le savoir traditionnel (en opposition au savoir scientifique) et le savoir acquis par une formation universitaire (en opposition au savoir indigène) peuvent provoquer des résistances⁴⁹. De nouveau, se pose ici la question de l'ajustement de ce qui est transmis par rapport aux désirs des coopérants burkinabé, de leurs attentes.

Enfin, la délégation de la thérapie familiale, composée d'un psychiatre et d'un psychologue fonctionne différemment dans ce qu'elle veut transmettre. Elle concentre ses cours sur une matinée, et s'adresse aussi tout autant au DES, attachés de santé, étudiants infirmiers ou attachés de santé. L'objectif affiché des coopérants est, à travers différentes sessions, la transmission des théories existantes dans le domaine de la thérapie familiale. Lors de leur venue, les séances étaient centrées sur un psychiatre argentin, Salvador Minuchin, qui a mis en place un modèle à la fois théorique et

⁴⁹ L'indigénéité est un argument dont les acteurs politiques ont souvent recours. Que cela soit dans la mobilisation des masses, ou encore dans la légitimation de sa participation politique, le capital d'autochtonie est fortement mobilisé. Voir à ce propos : Violaine Girard, « Des classes populaires (encore) mobilisées ? Sociabilité et engagements municipaux dans une commune périurbaine » *Espaces et sociétés*, 2014, n°156-157, p. 109-124. Nicolas Renahy, « Classes populaires et capital d'autochtone. Genèse et usages d'une notion », *Regards sociologiques*, 2010, n°40, p.9-26.

d'action, la thérapie familiale structurale. La volonté de faire de la clinique n'est pas présente chez eux, préférant que ce soit le personnel burkinabé qui se lance. Or, ils rencontreront tout de même une famille, à la demande du DES, Jean. Après une séance consacrée à la présentation de l'oeuvre de Minuchin (biographie, livres, activités etc.), une séance est prévue pour le visionnage d'une séance de thérapie familiale menée par ce psychiatre suivi d'un débat (je n'ai pu assister à cela ayant un rendez-vous extérieur avec la fondatrice de l'association ABASMEI), puis une présentation de famille avec à la fin l'analyse selon l'approche de Minuchin. Enfin la dernière séance est consacrée à un exercice pratique (faire la carte structurale de la famille, c'est-à-dire dans un schéma simple, mettre en avant les différentes relations - de séparation ou de rapprochement - existant entre les membres de la famille), toujours selon la même approche théorique.

Nous sommes ici dans un cadre plus classique de transmission tel que nous le vivons dans une institution scolaire. L'approche adoptée par les coopérants français dans leurs pratiques personnelle, n'est pas prioritaire. Tout deux ne sont pas des disciples de Salvador Minuchin. S'ils leur arrivent d'adopter certains de ses outils, ils ne s'inscrivent nullement dans sa démarche, selon leurs dires. Il s'agit donc de transmettre une panoplie de ce qui se fait dans le monde concernant la thérapie familiale, à l'image de ce qui se fait dans des séminaires universitaires.

La question de la transplantation se pose ici différemment que précédemment (avant cela concernait essentiellement la concordance entre ce qui est transmis par les uns, et les attentes et moyens des autres). En effet, cette volonté de faire connaître dans l'ensemble ce qui se fait dans ce secteur rencontre une limite : la fidélité du public. Le public change d'une année sur l'autre, et même d'une séance à une autre. Il y a certes des irréductibles, tels que les DES (surtout car les formations prodiguées dans le cadre de la coopération vont faire l'objet pour la première fois d'une sanction par examen), et quelques attachés de santé. Cependant, cette méthode séduit, y compris des personnes non présentes dans le groupe. Suite à leur départ, a été mis en place sous la direction du Dr. G. (qui assiste à l'ensemble de la formation depuis le début), le jeudi après-midi, un atelier thérapie familiale. La forte concordance de la formation proposée avec ce qui est rencontré par les soignants concourt à comprendre ce succès. En effet, la famille est très présente auprès du patient, de façon générale et non automatiquement, que cela soit à travers le système d'accompagnant ou à travers les visites. La famille, au sens large de la parenté - tante, oncle, cousins, frères etc. - n'est pas considérée comme un facteur pathogène, tel que cela peut être le cas en France. La conception de la famille, qui n'est pas la même, implique une place différente de celle-ci au sein du processus thérapeutique, auprès du patient, mais aussi dans sa participation aux soins. La méthode de thérapie

familiale ne fait que formaliser cette place qu'elle tient depuis longtemps. Ainsi, la venue des coopérants permet-elle l'apport d'outils conceptuels et théoriques, avec tout ce que cela implique comme dit précédemment, qui seront peut-être d'autant plus intégrés, modifiés par les soignants, qu'elle fait écho à des valeurs présentes et à une certaine motivation présente. En outre, elle ne contredit nullement les orientations du professeur O., à la différence de l'ethnopsychiatrie. Cet apport des coopérants français incorpore « la façon dont les choses se pensent et se font ici »⁵⁰, garantissant alors une forme de réussite dans la transplantation.

Ainsi, cette coopération interroge à la fois sur les modes de transmission de connaissances, mais aussi sur les connaissances elles-mêmes et leur hiérarchisation. En outre, ce qui est transmis, des connaissances médicales, cliniques, compétences, est porteur d'un bagage socioculturel propre à la fois à l'histoire de la psychiatrie française, mais aussi propre à l'individu qui l'incorpore et le communique. Il y a derrière toute une historicité dont il faut avoir conscience. Le savoir n'est pas neutre, encore moins ce que l'on décide de transmettre.

Une autre réflexion est à mener au niveau de l'importation de cette expertise médicale et de sa réception. Bon nombre d'attachés de santé reprochent le fait que ces différentes formations continues ne soient pas validées ou par un diplôme ou par une attestation émanant de l'EPS de Ville Evrard. La question de l'incitation revient donc ici, dans le cas de l'expertise (nous l'avions vu concernant le départ de coopérants burkinabé en France). Le suivi, l'assimilation seraient-ils meilleurs si plus d'incitations positives étaient mises en place ? Comme le souligne Abdel au cours de notre entretien, « les gens en Afrique ne viennent se former que s'ils sont payés ».

Je me souviens suite à cela, ma réaction lorsque j'appris que les personnes parties se former en psycho-trauma durant une semaine à Ouagadougou avaient été payées. C'est le Dr. C. qui m'apprit cela. Je n'en revenais pas. En France, nous devons payer pour se former, il se trouve qu'au Burkina Faso, les professionnels attendent qu'on les paye pour qu'ils se forment, car ils estiment que ce sont des compétences qui serviront plus tard à l'employeur. Cela souligne de nouveau l'importance d'incitations positives pour que le personnel soit présent. Cependant, cela peut avoir un effet pervers : les personnes ne viennent aux séances de formations que pour la rémunération, peu importe leur motivation de départ.

⁵⁰ Extrait de mon journal de bord, à la date du Vendredi 12 février 2016.

En outre, cette demande de diplôme est un moyen de consolider le processus de professionnalisation. En effet, le diplôme est reconnu pour sa force discriminatoire : il est ce qui permet de contrôler, de définir qui a le droit ou pas d'exercer telles fonctions. Il représente à la fois l'acquisition de savoirs et de compétences, mais aussi une certaine appartenance à un corps reconnu comme légitime. Il permet de se démarquer d'autres segments de la société ne bénéficiant pas de cette reconnaissance universitaire, professionnelle, étatique. En médecine, il s'agit principalement des tradithérapeutes. Enfin, le fait qu'il émanerait d'un organisme français, l'hôpital de Ville Evrard, pourrait contribuer à augmenter sa puissance symbolique, du fait de sa provenance française. Le label français peut faire vendre, nous le savons. Il concourt à augmenter, du fait de l'histoire ancienne de la psychiatrie en France, de son infrastructure, de sa renommée surtout (non pas de son fonctionnement, car lorsque j'expliquais comment l'hospitalisation pouvait se dérouler dans notre pays, au-delà du choc, ils trouvaient cela bien inhumain, le critiquant plus ou moins avec délectation devant moi⁵¹).

Au-delà de la venue de ces délégations, l'accueil de stagiaires joue un rôle important dans le façonnement et le développement de cette expertise médicale psychiatrique. Lorsque le coopérant burkinabé se rend en France, afin d'effectuer son stage, il est alors immergé quotidiennement dans la pratique psychiatrique française, et plus particulièrement dans celle développée par chaque praticien. Quel est le degré d'assimilation, d'incorporation de ce « faire » et de ce « penser » professionnel spécifique ? Qu'est-ce qui vient l'entraver ? Des facteurs socio-culturels, motivationnels. Concernant la première entrave, je pense à une discussion que j'ai eue avec l'attaché de santé Abdel concernant la pédopsychiatrie (la relation que les « français »⁵² entretiennent avec les enfants est un « mystère » pour différents soignants avec qui je discutais de cette question). Nous parlions du fait qu'il n'y ait que des femmes dans le service. C'est alors qu'il me dit que Mohammed a refusé d'y aller. La raison ? Voici ce que me dit Abdel : « Tu le vois s'agenouiller pour jouer avec les enfants ? Jamais il aurait fait ça. Il peut pas. Les hommes ne peuvent pas faire, pas au Burkina. »⁵³. Exemple typique de la force de contraintes genrées qui s'appliquent ici dans la possibilité d'un homme d'exercer une profession.

⁵¹ J'aimais en effet voir les différentes manières de critiquer des éléments français de la part de coopérants burkinabés lorsqu'ils le faisaient devant moi. Il y a les timorés, ceux qui essaient de minimiser les choses, mais aussi les plus virulents, ceux qui s'en donnent à cœur joie, comme si le fait de le faire devant une personne de nationalité française exaltait leur verve et la puissance de la critique.

⁵² Je reprends ici les termes utilisés par les attachés de santé avec qui je discutais de cette question.

⁵³ Extrait de mon journal de bord, le 20 mai 2016.

Pour ce qui est de la deuxième entrave, comme souligné précédemment, l'incapacité de mettre en place les compétences assimilées à son retour, ou bien encore l'état des relations professionnelles avec sa hiérarchie peuvent minimiser, réduire, jouer sur l'investissement de la personne dans ce qu'elle fait en France. Excepté, si elle trouve des circuits parallèles où elle pourrait faire valoir son capital professionnel nouvellement augmenté. La coopération devient ici un véritable enjeu de pouvoir car elle joue sur les possibilités et les trajectoires de carrières professionnelles.

3) Trajectoires professionnelles et coopération

A ce niveau-là, la coopération impacte au niveau de l'extension du champ des possibles professionnels pour un individu, que cela touche la spécialisation (pédopsychiatrie et gériopsychiatrie) ou la diversification de ses compétences professionnelles et des lieux d'exercice.

Le cas de Noémie va nous permettre de comprendre les opportunités au niveau de la trajectoire professionnelle que peut susciter la coopération. Depuis que les formations en pédopsychiatrie ont débuté, aucun médecin psychiatre ne s'est spécialisé dans ce domaine. Le service tourne donc sans médecin de référence. La DES Noémie, est intéressée par la perspective de devenir pédopsychiatre. Elle serait ainsi la première médecin-psychiatre à devenir « officiellement » pédopsychiatre au Burkina Faso. Symboliquement, tout d'abord ce n'est pas rien, et au-delà des raisons avancées par la jeune médecin (extrait ci-dessous), nous pouvons comprendre que cela peut être un attrait séduisant de carrière professionnelle.

Tu peux choisir le service ?

Noémie : Je sais pas si j'ai cette option. *Rires.* Je pense que la seule option qu'on a quand on postule au DFMS, c'est de choisir si on veut être dans un CHU ou pas. Peut-être que tu peux choisir sur place, je sais pas. Je serai intéressée par la pédopsychiatrie.

C'est vrai ?

Noémie : hum hum.

Avec le Dr. W. ?

Noémie : Pourquoi pas. Si c'est possible.

Pourquoi la pédopsychiatrie ?

Noémie : Déjà parce que c'est beaucoup moins barbare que la psychiatrie adulte. Rires.

Barbares ? C'est-à-dire ?

Noémie : Quand tu es une fille de moins de 60kg, c'est pas très imposant devant des malades agités ou violents. Alors que les enfants, c'est des pathologies beaucoup plus, plus calme, plus inaudible 20min.

Troisième interruption.

Noémie : C'est pas la salle idéale pour avoir un entretien.

Donc la pédopsychiatrie pour avoir des personnes moins barbares ? Les patients sont agressifs ?

Noémie : Bon, je n'ai jamais été agressée dans le service. Mais c'est quand même assez, je sais pas quel terme employer pour ça... Oui, c'est assez agressif. Ils viennent, ils sont agités, menaçants, avec souvent un délire qui est difficile à suivre. C'est un peu, je ne trouve pas le mot... C'est pas comme un malade qui vient, qui a mal à la tête, avec qui vous discutez tranquillement, vous faites une prescription. C'est un peu éprouvant, ça doit être ça. C'est éprouvant. Alors que chez l'enfant, c'est souvent des troubles de développement psycho-moteur, un retard du langage, parfois une déficience intellectuelle, des troubles autistiques. C'est plus calme. (Entretien avec la DES Noémie. Fait en 2016.)

Cette inclinaison est renforcée par ses dispositions socialement genrées à travailler avec les enfants, car à la différence de l'homme, « elle peut s'agenouiller pour jouer avec les enfants. » (pour reprendre les propos d'Abdel). Je précise que Noémie est la première femme DES en psychiatrie de l'histoire psychiatrique burkinabé. Cependant, ce désir rencontre quelques obstacles, pas très sérieux, mais qui sont révélateurs de la « fragilité » de la pédopsychiatrie ou, tout du moins du fait que cela ne soit pas autant considéré que la psychiatrie adulte, notamment par le personnel soignant. Pour le dire autrement, la pédopsychiatrie ne dispose pas du même ancrage légitime et institutionnel que la psychiatrie adulte. Des commentaires comme « La pédopsychiatrie c'est pas de la psychiatrie », ne sont pas rares dans la salle de garde du service de psychiatrie adulte. Ainsi, Noémie a du mal à se libérer de sa charge de travail en psychiatrie adulte afin de venir dans le service de pédopsychiatrie, démontrant par là une hiérarchisation dans les spécialités psychiatriques et donc l'établissement de priorités.

Du coup, tu consultes en pédopsychiatrie ?

Noémie : Nan. On n'a pas encore réussi à coordonner vraiment avec les cours, les consultations etc. Avec Madame B., on a décidé qu'on ferait ça le mardi. La journée de consultation c'est le mercredi matin, mais comme je suis occupée ici, on a décidé qu'elle prendrait des rendez-vous le mardi pour que j'aille consulter avec elle. On n'a pas encore pu voir un malade encore. (Entretien avec la DES Noémie. Fait en 2016)

Et Noémie, l'interne ? Apparemment elle serait intéressée ?

Madame B. : Mais elle vient pas.

Elle pourrait venir ?

Madame B. : Oui. Elle a dit qu'elle allait venir consulter. Moi j'ai dit y a pas de soucis. Le Dr. W. m'en avait déjà parlé. J'ai dit à Noémie, « tu peux venir quand tu veux ». Mais depuis je l'ai pas vu. Peut-être qu'elle travaille trop en psy adulte. (Entretien fait avec l'attachée de santé, Madame B., responsable du service de pédopsychiatrie).

De plus, les cours dispensés par les professeurs dans le cadre de sa spécialisation médicale, sont très peu centrés sur ce domaine.

Une des solutions qu'elle envisage est de venir au cours de sa troisième année de DES, se former dans le service de pédopsychiatrie du Dr. W., durant un an. C'est ce que ce dernier souhaite. Dans sa volonté de faire gagner ses lettres de noblesse à la pédopsychiatrie au Burkina Faso (et en France ?), il incite l'équipe actuelle « à ne pas la lâcher ».⁵⁴

De même, il y a la volonté de mettre en place une formation de gérontopsychiatrie. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela suivra le chemin de la pédopsychiatrie : formation et acquisition de nouvelles compétences et de savoirs parmi les attachés de santé, avant de voir « émerger » un médecin psychiatre intéressé, pour des raisons diverses lié à ses dispositions, à sa trajectoire biographique et professionnelle, par ce domaine, et qui exprimera le désir de se faire former. Là encore, il y a aura donc création de postes professionnels, et pourquoi pas par la suite, l'émergence d'enseignements universitaires spécifiques ? La professionnalisation passe par là, et les enseignements universitaires sont le symbole de l'implantation réussie, de l'officialisation et donc de la reconnaissance légitime et légitimante de compétences professionnelles.

Ainsi, via la création de ces postes professionnels, de ces positions professionnelles (et tout ce que cela implique socialement, économiquement), la coopération contribue à l'élargissement du champ des possibles des différentes carrières professionnelle pour les coopérants burkinabé, mais aussi français, comme le matérialise la création du centre d'ethnopsychiatrie La Causerie.

Elle permet d'offrir, de présenter des perspectives nouvelles, modifiant ainsi l'horizon des possibles chez un individu. J'ai parlé de la profession, mais cela peut être aussi au niveau de recherches universitaires. En écrivant ceci, je pense à une thèse que j'ai vue à la bibliothèque de l'hôpital Yalgado Ouédraogo, sur la psychiatrie de l'enfant⁵⁵. Il serait aussi intéressant de voir et d'analyser la relation qui pourrait se créer entre le Dr. W. et Noémie (actuellement, celle-ci paraît peu entretenue), et l'impact de celle-ci dans le désir de Noémie de poursuivre dans cette voie.

⁵⁴ Extrait de mon journal de bord, le 5 février 2016

⁵⁵ Yacouba Barro, « Troubles mentaux de l'enfant : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques. A propos de 387 cas colligés dans l'unité de soins de psychiatrie pour enfants et adolescents du service de psychiatrie au CHU-YO », thèse en médecine, sous la direction de Kapouné Karfo, Ouagadougou, 2012.

Je dis cela, car il n'est pas rare que des rencontres soient un des éléments mis en avant par les soignants dans leur engagement en psychiatrie (même si cela vient en complément d'autres facteurs, tels que la vue du sang, la réussite au concours), comme l'illustre les extraits d'entretiens ci-dessous.

Pourquoi la psychiatrie ? Pourquoi ce choix ?

Nicolas : En fait, quand je faisais l'école d'infirmier, on faisait le stage ici. Y avait pas beaucoup de personnel. Y avait un attaché de santé, qui est à la retraite, George. Il m'a beaucoup plu. Je pense que c'est lui-même qui m'a donné les clés de l'hygiène mentale. Donc ça a fait que du coup, je me suis dit... Et puis, en fait, y a certaines choses dans la santé que je n'aime pas. Je n'aime pas voir le sang, je n'aime pas suturer quelqu'un. Tu sais pourquoi ? (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016)

Pourquoi avoir pris la spécialisation psychiatrie ?

Mario : Pourquoi avoir choisi psychiatrie ? Bon, ça... C'était pendant ma formation d'infirmier d'Etat, y a un infirmier spécialisé en santé mentale et qui, c'était comme inaudible 15min. Au boulot, comme y avait pas beaucoup de médecins, tu faisais beaucoup de choses. Parfois même, il était appelé dans les autres services pour venir prendre en charge les patients difficiles mentalement, et il y arrivait. Quand j'ai fait mon stage là-bas, il m'a encouragé. Il trouvait que j'avais une relation facile, amicale, avec les malades. Parce que quand les patients arrivaient, ils me réclamaient, m'acceptaient. (Entretien avec l'attaché de santé Mario. Fait en 2016)

Dans un second temps, les échanges inter-hospitaliers influent sur le capital professionnel des soignants, et contribue en conséquence à l'augmenter et à diversifier les possibles lieux d'exercice par l'acquisition de compétences « rares » au Burkina Faso. Si, dans une logique économique, la rareté d'une marchandise est censée augmenter le prix de celle-ci, ce n'est pas le cas au sein du CHU ouagalais. En effet, le personnel burkinabé, depuis des années, se forme dans des domaines précis, dont les enseignements sont inexistantes au Burkina Faso. Que cela soit l'addictologie, le psycho-trauma, la thérapie familiale, l'accueil aux urgences, l'orthophonie, la psychomotricité, ce sont autant de savoirs-faire rares, dont l'enseignement est inexistant dans le pays. Le personnel burkinabé a donc accès à ce stock de savoirs théoriques et pratiques augmentant son capital professionnel, et en principe, dans ce qui serait une logique économique, le prix de celui-ci, leur salaire. Or, ce n'est pas le cas. C'est d'ailleurs une critique récurrente dans le discours des attachés de santé : l'absence de reconnaissance par le diplôme et l'absence de gratification au niveau du salaire. Cela peut-être une des sources de démotivation chez le personnel, de résignation même. Ainsi, une des solutions face à cela, est de se tourner vers le secteur privé. Il faut savoir que chaque

personne du service a des activités rémunératrices parallèle à son travail au sein de l'hôpital. Cela ne concerne pas obligatoirement le soin, mais cela peut être de l'élevage de poules, de la vente de glace, ou bien évidemment, des consultations à domicile, dans une clinique, dans une association etc. Cette dimension est importante en prendre en compte pour mieux comprendre le choix de certains de suivre telle formation proposée par la coopération. En effet, la thérapie familiale et l'addictologie bénéficient d'un bon engouement du fait de la facilité qu'il y a à les mobiliser en dehors du service. Ce sont des techniques qui, au vu du contexte social burkinabé, vont rencontrer une demande croissante, à la différence de l'ethnopsychiatrie.

A travers cette expansion, c'est une possibilité de mettre en application les compétences acquises selon les situations rencontrées, de les faire valoir, de les faire connaître aussi. Par conséquent, la portée de la coopération ne se limite nullement au service de psychiatrie du CHU. Elle prend corps dans le personnel soignant, elle se diffuse là où les soignants vont et pratiquent.

Ainsi, à travers cette diffusion auprès de soignants de ce que peut être la psychiatrie française, la coopération contribue à étendre le réseau psychiatrique burkinabé. Cette extension se reflète par l'émergence de nouvelles spécialisations, l'application de nouvelles compétences techniques (l'orthophonie, la thérapie familiale etc.), portées et diffusées par les acteurs selon des intérêts propres à chacun. Elle est visible au travers des enseignements universitaires (le professeur O. a pour volonté de mettre en place un DU de thérapie familiale à Ouagadougou), de la création de filières universitaires spécifiques (la psychiatrie), mais aussi via la construction de nouvelles infrastructures. Au niveau individuel, elle joue sur les trajectoires professionnels de chacun, bien qu'aucune reconnaissance officielle ne vienne témoigner de l'augmentation et de la diversification du capital professionnel. Cela n'empêche pas l'utilisation de ces nouvelles compétences de façon informelle en dehors du service.

Nous allons effectuer entre la première et la seconde partie un changement d'échelle. En effet, nous avons premièrement exposé la coopération, les conditions d'émergences et de pérennisation de celle-ci. Faiblement soutenue par les ministères et les bureaucraties d'Etat, elle passe par des réseaux d'interactions personnalisés où chaque individu l'investit selon ses intérêts et stratégies propres. Cela se retrouve dans les pratiques et le métier psychiatrique qui se déploient au sein de l'hôpital. En effet, en dépit de stages et quelques rares consignes, il y a peu de règlements contraignants, peu de préconisations strictes. La question se pose alors de savoir ce qui s'échange dans cette coopération. On sait que les institutions les plus contraignantes ne réussissent pas à faire correspondre les prescriptions de rôle avec les pratiques (Goffman, 1968), et ici, dans cet univers d'échanges répétés de transactions professionnelles, de contacts divers, il devient intéressant de comprendre ce qui est approprié, ou non, ce qui « passe » entre les « formateurs » et les « formés ». Ce sera l'objet du second point de notre enquête.

II) L'appropriation de la transplantation professionnelle par les acteurs

Dans la seconde partie, il ne s'agit plus d'appréhender la coopération ou ses effets en tant que tels. Au contraire, nous allons tenter de comprendre comment elle est appropriée par les acteurs burkinabé selon différentes modalités, telles que les dispositions personnelles, l'environnement socioculturel mais aussi professionnel. Une des grandes limites de cette partie résulte de mon exclusion à la pratique clinique mais aussi aux différentes réunions institutionnelles et professionnelles (notamment celles où sont présentées des cas de patients). L'analyse s'inscrit dans un double dialectique : à la fois ce que la coopération fait aux acteurs, ce qu'elle leur permet de faire (via l'augmentation de leur capital professionnel ou l'importation de classifications nosographiques par exemple) mais aussi ce que les acteurs font ou non à la coopération en fonction de la configuration de leur environnement professionnel.

Ainsi, dans une première partie, c'est l'objet « diagnostic » et ce qui en résulte, la prise en charge, qui constitueront le cœur de celle-ci. La coopération opère en effet comme un véritable outil pour penser et faire. Les coopérants français lors de leur venue et à travers leur formation permettent aux coopérants burkinabé l'acquisition de moyens pour penser et prendre en charge des comportements spécifiques (tels que les addictions), qui en France, ont été étiquetés comme maladie mentale et donc nécessiteraient une prise en charge médicale. Par conséquent, il s'agit de penser un comportement, d'y poser un diagnostic, de le psychiatriser, et de le prendre en charge selon des modalités particulières. En cela, la coopération permet de rendre visible, de regrouper sous une appellation médicale, des attitudes, des agissements particuliers (la consommation d'alcool par exemple) contribuant alors au processus d'étiquetage tel que décrit par Howard Samuel Becker (Becker, 1963) et de psychiatrisation comme étudié par Ian Hacking (Hacking, 2002). Cependant ces différents processus rencontrent des limites nées du contexte socioculturel et professionnel propre au Burkina Faso.

Dans un second temps, j'aborderai la coopération comme une solution aux dissonances cognitives⁵⁶ pouvant naître dans la pratique professionnelle des coopérants burkinabé. En m'appuyant sur ce concept, je souhaite mettre en avant la difficulté qu'il peut y avoir pour une personne adhérant et s'identifiant à un système de penser et d'agir dit « traditionnel », à évoluer et travailler dans un milieu qui se construit et se pense à l'encontre de cela. En effet, la médecine dite « moderne », c'est-à-dire une médecine occidentale basée sur une approche « scientifique », construit la légitimité de sa pratique en s'opposant à la médecine « traditionnelle ». Ces différentes expertises renvoient à des conceptions divergentes du monde, et de la maladie (nous verrons lesquelles), qui ont tendance à se penser de façon exclusive. Nous verrons que cette opposition ne se retrouve pas chez les professionnels du service, qui tente alors de naviguer comme ils peuvent entre ces deux approches, selon des contraintes institutionnelles, sociales mais aussi leur dispositions personnelles. Ici, la coopération, plus exactement les coopérants français, proposent des approches articulant les différentes expertises, et en incitant à travailler avec les croyances locales.

A) La coopération, un outil pour faire et penser

Une des hypothèses que nous voudrions tester est la suivante : le diagnostic contribue à l'existence de la maladie mentale, et ici, ce diagnostic est en partie le produit des échanges liés à la coopération. Nous nous situons dans une démarche similaire de celle de Ian Hacking, lorsqu'il mène ses recherches sur les fugueurs ou encore les troubles dissociatifs de la personnalité. Quels sont les différents éléments qui, à un moment donné, dans une société précise, vont permettre d'interpréter et de définir un comportement comme un trouble mental. Ces éléments sont nommés par Ian Hacking des vecteurs (nous reviendrons plus tard sur ce concept)⁵⁷. Ensemble, ils permettent l'interprétation d'un comportement en pathologie mentale. Tout cela passe notamment à travers la nomination, symbolisée par le diagnostic.

La question qui se pose alors est, dans le cadre de cette transplantation professionnelle, de savoir comment et en quoi la coopération est un de ces vecteurs, concourant à la mise en visibilité d'une maladie, à la psychiatrisation d'un comportement qui à un moment donné sera dénoncé comme « anormal » ?

⁵⁶ Concept apporté par l'auteur Leon Festinger, *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, Stanford University Press, 1957.

⁵⁷ Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2002.

1) Quand nommer, c'est faire : le diagnostic et la prise en charge

L'objectif final de la coopération, au-delà des formations, de l'acquisition de compétences, est bien de donner la faculté aux coopérants burkinabé de poser un diagnostic. De cette décision finale émise par le praticien, fixant sur le patient le nom d'une pathologie, découle une démarche de soins mêlant, à des degrés divers, chimiothérapie et psychothérapie. Comme le souligne la psychologue Angélique Christaki, « Le diagnostic occupe depuis le XVII^e siècle une place centrale en médecine moderne, ayant comme but d'éliminer le singulier et l'individuel pour ne garder que l'universel, afin de circonscrire et de définir le champ d'une maladie. Plus précisément, l'acte diagnostique en médecine soutient de l'effacement de la subjectivité du patient pour se rapprocher d'une objectivité »⁵⁸. On constate bien au travers cette citation, les enjeux du diagnostic, notamment celui d'une universalisation et d'une médicalisation de la psychiatrie, ce qui constitue alors son objectivité.

En effet, le fait de poser un diagnostic est le début d'une longue chaîne de conséquences. Attribuer le nom d'une maladie à un patient est avant tout un acte de langage performatif⁵⁹. Le diagnostic appartient donc à la catégorie de ce que John Langshaw Austin, l'auteur de l'ouvrage « Quand dire, c'est faire »⁶⁰, nomme les énoncés performatifs.

Par énoncé performatif, il faut donc comprendre que la mise en parole de pensées engendre une série d'actes et de conséquences dans la réalité. Comme l'affirme Françoise Gouzvinski, il s'agit « d'une façon de dire donc, qui suppose une manière de faire. »⁶¹. Dans la pratique psychiatrique, ces manières de faire peuvent se découper en séquences suivantes : après la nomination, vient le séquençage, puis la prescription d'un traitement (ou encore la démarche de soins) ajustable (Gouzvinski, 2009).

⁵⁸ Angélique Christaki, « Outils de diagnostics dans le monde contemporain », *Tropiques*, 2013/2, n°123, p139-151, p. 4.

⁵⁹ P. Payard, « Dire en médecine », Mémoire de stylistique en vue du Master Recherche en Lettres modernes, université de Bordeaux-II, 2011, cité in ⁵⁹ Françoise Gouzvinski, « Jacques a dit 'agnostique' ! », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.47-53.

⁶⁰ John Langshaw Austin, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil, 1970.

⁶¹ Françoise Gouzvinski, « Jacques a dit 'agnostique' ! », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.47-53, p. 49.

En conséquence, c'est cet ensemble d'actes déterminés par le diagnostic qui crée sa force, sa puissance et surtout, qui fait qu'il est si recherché par le praticien. En effet, il est peu probable que le professionnel de psychiatrie le pose dans l'objectif de catégoriser une personne, de la stigmatiser. Bien au contraire, une grande majorité de professionnels rencontrés au cours de mes différents stages au sein de services de psychiatrie, ont bien conscience des conséquences néfastes de cette catégorisation et sont les premiers à dénoncer la stigmatisation liée à celle-ci. Or, cela ne les empêche bien sûr pas de produire cet acte de parole lorsqu'ils rencontrent une personne, de tenir des discussions, de demander des avis lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés de diagnostic etc. Peu importe leur position, ils agissent en fonction de lui. Comme le souligne le psychiatre Lantéri-Laura, en faisant explicitement référence à Pierre Bourdieu et à sa théorie de la pratique, « psychiatres, psychanalystes et psychologues peuvent se référer à des théories fort différentes dans leurs débats psychopathologiques, il nous paraît bien probable que les théories de leur pratique soient très voisines les unes des autres. »⁶².

Le psychiatre Paul, coopérant français venant dans le cadre de la formation des thérapies familiales, pose bien la question aux membres du personnel burkinabé présents lors de la dernière séance, « Quelle est la fonction de poser un diagnostic ? Ça c'est la grande question. ». Ou bien encore, la psychologue Gouzvinski, qui s'interroge « Que vient signifier la recherche de diagnostic ? Est-ce un terme qui met à terme... à l'indécision, au doute, à l'angoisse ? De qui ? Est-ce une réponse, une curiosité, une nécessité ? »⁶³.

Par conséquent, bien souvent dénoncé comme un acte de toute puissance émis par des psychiatres souhaitant enfermer le patient dans une catégorie, il est avant tout un outil de travail permettant de guider, de mettre en sens, de faciliter, le travail des professionnels de la psychiatrie. Il n'est pas là contre les patients, mais avant tout pour le psychiatre, ou l'attaché de santé dans notre cas. Il est ce qui permet de façonner leur travail, de les éclairer bien souvent et de déterminer quelle est la marche à suivre. Il est une mise en sens de l'ensemble des actes qui sont mis en place afin de « soigner » le patient. Ainsi, le diagnostic ne peut être appréhendé comme une fin, mais plus comme un moyen -résultant de divers facteurs subjectifs, telles que la relation entre le patient et le médecin, l'expérience de ce dernier, les catégories nosographiques, la manière dont se manifestent les symptômes. La psychiatre Claire Gekiere le dit clairement, dès le début de son article

⁶² Georges Lantéri-Laura, « Histoire de l'institution psychiatrique », *Sciences Humaines*, Mars 2004, n°147, p.22-25, p. 25.

⁶³ Françoise Gouzvinski, « Jacques a dit 'agnostique' ! », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.47-53, p. 48.

« Diagnostiquer n'est pas un acte désincarné (au moins deux personnes, et souvent beaucoup plus à l'hôpital s'y envisagent), ni un acte isolé d'un contexte social. Le diagnostic ne peut être réduit à 'l'art d'identifier une maladie d'après ses symptômes.' »⁶⁴.

En psychiatrie, cet acte verbal repose sur l'observation de symptômes, de signes ainsi que sur le ressenti de la relation entre le praticien et le patient. Jusqu'à quel point ce ressenti est-il déterminé par la cartographie des maladies mentales ? Si la coopération joue peu sur ce deuxième aspect (tout du moins, il serait impossible de l'évaluer dans le cadre de notre enquête), son influence peut être, en revanche majeure, sur la façon dont les symptômes seront observés, réceptionnés et mis en cohérence. Je ne fais que reprendre en cela l'idée du psychiatre Eric Bogaert lorsqu'il écrit : « Le diagnostic n'est donc que l'écriture par le psychiatre du transfert qu'il perçoit entre le patient et lui, dans une écriture elle-même codée selon les multiples transferts qui le constituent, à ses ancêtres, ses maîtres, ses directeurs (de conscience, d'inconscient, d'hôpital...). »⁶⁵.

Il est intéressant et important de voir que l'auteur inclut dans cette parole performative, toute l'historicité psychiatrique de la personne, son passif intellectuel et universitaire : ses inclinations personnelles dans le domaine, ses affinités avec certains maîtres à penser. Le diagnostic en psychiatrie est la matérialisation de tout cet historique, incarné dans des mots qui sont devenus des catégories. Il n'y a pas d'intermédiaire entre la pensée et la parole comme peuvent l'être les différents supports techniques en médecine somatique (bilan sanguin, IRM, scanner etc.).

Dans ce cadre-là, la coopération joue un rôle de cadrage. En effet, ce qui est véhiculé à travers la venue des coopérants français, mais aussi l'accueil de stagiaires burkinabé au sein de l'EPS de Ville Evrard ne se résume pas à des techniques de soins neutres, ahistoriques, mais engage aussi des « modalités de penser », pour reprendre les termes du Dr. T., des savoirs-faire, et pour finir toute l'histoire de la psychiatrie en France, le positionnement des coopérants face à cela, les codes internationaux, l'institutionnalisation de la pratique, le système de soins français etc. Ce sont autant d'éléments qui sont peu, voire pas du tout, transposables dans le cas burkinabé limitant alors l'applicabilité de la coopération et son appropriation par les acteurs.

⁶⁴ Claire Gekiere, « Valeur marchande du diagnostic », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.29-36, p.2.

⁶⁵ Eric Bogaert, « Le diagnostic est une écriture », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p43-45, p 44.

La coopération pourrait contribuer ainsi à la nomination de comportements « anormaux » qualifiés de maladies mentales et guider alors le processus thérapeutique de soins, la prise en charge et en conséquence le positionnement du personnel soignant. Surtout, via cette nomination, on peut faire l'hypothèse que les échanges inter-hospitaliers contribuent d'une certaine façon à la visibilité, et donc à la « création » de maladies mentales. La psychologue Jacqueline ne dit pas autre chose, lorsqu'elle me fait savoir que « les troubles envahissants du développement et l'autisme étaient présents avant, mais qu'il n'y avait pas le matériel pour poser le diagnostic. » (extrait de mes notes d'entretien non enregistré fait en 2016).

Que cela soit via les formations continues au CHU Yalgado Ouédraogo, ou au travers la pratique de stages, il s'agit bien d'apprendre, de mettre en pratique des compétences, des protocoles de prises en charges émanant des diagnostics et qui sont constitutifs de la psychiatrie françaises. Les venues en France, constituent aussi un moyen de réactualisation des catégories nosographiques, de modifier l'étiologie de certaines maladies. C'est-à-dire que les nominations employées, les découpages catégoriels, se modifient d'année en année. Ainsi, Abdel m'affirme que depuis sa venue, il prend conscience des termes obsolètes, ou bien des approches dépassées qui ont cours au sein du service de psychiatrie ouagalais et qui agissent tels des dogmes :

(...)Parce que tu vois, paradoxalement, ce qui me fait rire ici, c'est que je me rends compte que nos maîtres sont assez sûrs des vieilles théories où ils disent des choses qu'ils prennent comme des dogmes. Et j'arrive ici, je me rends compte que c'est complètement dépassé au niveau de la sémiologie.

Vous avez des exemples ?

Abdel : Je vais prendre un exemple tout bête : la cigarette. Chez nous, quand tu présentes un dossier, tu dois préciser le nombre de paquets année. On dit que ça, ça a une importance sémiologique. Si tu ne le fais pas, tu es à côté de la plaque. Mais ici, le nombre de paquets à l'année, ça ne veut rien dire, c'est dépassé depuis longtemps, ça n'a aucune importance sémio. Mais là-bas, ils continuent de fonctionner comme ça. Chez nous aussi, par rapport à la schizophrénie, l'importance fondamentale des types de personnalité. Chez nous, on dit qu'il faut avoir une personnalité de type schizoïde pour décompenser, pour faire la schizophrénie. Ce qui fait que très souvent on fait des tests de personnalité. Ici, ce n'est plus un facteur important pour déclarer une schizophrénie. Le diagnostic est plutôt clinique que sur la base de la pré-personnalité pré-morbide. Ce sont des choses qui là-bas, quand tu dis ça, ça ne passe pas, parce qu'eux, ils sont sûrs. Je prends les traitements. Chez nous, moi j'ai des collègues attachés qui sont en province, qui font la combinaison de deux neuroleptiques à action retard. Mais si tu fais ça, le professeur O. prend ton ordonnance et puis il montre « Quand je dis que les attachés font des aberrations et ne comprennent pas, voici quelqu'un qui a prescrit deux neuroleptiques à action retard », et là tout le monde prend sa tête et est ahuri. Mais ici... Moi de prime abord j'ai trouvé ça aberrant, de voir des patients avec autant de médicaments, plusieurs neuroleptiques. Mais chez nous, c'est impossible de faire ça. Ici, ils fonctionnent en terme de symptômes. Ce patient est halluciné, tel neuroleptique

va agir sur ça. Il est agité ou il a une agressivité qui fait qu'il peut passer à l'acte, on ajoute un neuroleptique qui agit sur l'agitation. Ici, ils font des combinaisons. Mais chez nous, tu peux pas faire ça. (Entretien avec l'attaché de santé Abdel. Fait en 2016)

Le stage en France contribue ici à un véritable remodelage, à une actualisation des cadres de pensées agissant sur l'étiologie de la maladie mentale, sa nomination mais aussi sa prise en charge. Cependant cette importation de nomination et de pratique par la coopération, se confronte au milieu socio-culturel où exercent les coopérants burkinabé.

Une des premières limites de cette importation de mots, et non des moindres, concerne la patientèle. La diversité et les différentes déclinaisons des troubles mentaux se heurte en quelque sorte à l'homogénéité des facteurs d'hospitalisation.

En effet, le recours à la psychiatrie « moderne » n'est pas la première des solutions envisagée par le patient et les familles. Tout d'abord, ne sont amenées au service que les personnes agitées physiquement (c'est pour cela que souvent, ce sont les forces de l'ordre qui les amènent dans le service). Tant que les symptômes sont tenables, peu visibles, l'individu avec sa « folie » continue d'être toléré dans la société⁶⁶. Enfin, la seconde condition amenant les familles à hospitaliser ou consulter dans le service de psychiatrie, c'est l'échec des tradithérapies, première solution envisagée. Les différents extraits d'entretien illustrent ces idées :

Oui. Et au Burkina, quand vous y allez, vous arrivez à faire cohabiter les méthodes traditionnelles avec les méthodes d'ici ?

A. : Je dirais que la cohabitation de ces deux manières, de ces deux compétences on peut dire, de ces deux manières de prendre en charge le patient, ils cohabitent je pourrais dire naturellement. Ça n'a pas été choisi, ni voulu, mais ils sont là, ils cohabitent ensemble. Parce que pour qu'un patient vienne déjà pour une consultation, c'est que les familles ont constaté déjà un échec de la prise en charge traditionnelle. Et quand y a un échec par rapport aux symptômes, ils font appel à la psychiatrie moderne parce qu'ils savent que là, elle est compétente. (Entretien avec l'attachée de santé A. Fait en 2014)

Les patients que vous voyiez, qui les amenait ?

Nicolas : Généralement c'est la famille. C'est la famille. En deuxième position après la famille, c'est les forces de l'ordre. Parce que généralement on les amène que lorsqu'ils sont violents.

⁶⁶ Continuer sa vie en société ne veut pas forcément dire intégré ou bien traité. Il ne faut pas négliger les personnes enfermées chez elles contre leur gré, l'exclusion dans une case à part dans le village, les moqueries que d'autres subissent etc. Ils sont tolérés, certes, mais cela ne signifie pas qu'ils soient intégrés.

Quels sont les symptômes que vous avez vus principalement ?

Nicolas : Principalement, y avait d'abord... Y avait d'abord le syndrome d'agitation psychomotrice, le syndrome dissociatif, le syndrome délirant et le syndrome inaudible. (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016).

En outre, les attentes des familles, vis-à-vis des soignants du service, sont un résultat rapide, soit la disparition du symptôme. Dans ce cas-là, la prise de médicament joue un rôle important. Les familles attendent ce médicament. Isabelle Gobatto, illustre parfaitement cette idée dans son ouvrage, en démontrant la force symbolique de l'ordonnance et des médicaments (Gobatto, 1999). Cette idée est illustrée aussi par les dires du pédopsychiatre W. :

Dr. W. : (...) Alors la première constatation ça a été que, en fait il se trouve que cette équipe c'est des dames en grande majorité évangélistes. Particularité locale, c'est ça. Donc, qu'elles répondaient un peu à la demande des familles, parce que les familles, pour elles, les représentations qu'elles avaient de la médecine hospitalière c'était « on vient à l'hôpital, on donne un médicament et puis l'enfant va mieux. ». Et donc elles donnaient le médicament qu'on peut prescrire à l'époque à un prix correct au Burkina Faso, qui était un neuroleptique assez sédatif, donc bien évidemment leur enfant agité était un peu tassé. Donc, la première chose a été, alors la personne qui est venue en stage le savait mais les autres non, donc on leur apprend à faire des consultations pédopsychiatriques sans forcément prescrire de médicaments et en les faisant travailler sur cela et le faire comprendre aux parents. Donc là on a eu l'idée de mettre en place des groupes de paroles pour leur expliquer un petit peu ce qu'était le soin. Puis ensuite il y avait le CATTP, alors c'était un peu compliqué au début parce que vous savez qu'en Afrique on joue pas avec les enfants... (Entretien avec le Dr. W. Fait en 2014).

Enfin, il s'agit d'une patientèle dont les ressources financières sont suffisantes pour payer un séjour hospitalier avec les différents frais que cela comporte (déplacement vers l'hôpital, hospitalisation, médicament, mobilisation d'un accompagnant). La durée moyenne est d'un mois (cela se base sur mon observation, et cette estimation serait à étayer). Nous avons vu que les chambre allaient de 500 francs CFA à 4500 francs CFA (soit à peu près de 0.76 à 6.80 euros). Il faut ajouter à cela le prix des médicaments (en moyenne un traitement coûte 3000 francs CFA, l'équivalent de 4.50 euros), mais aussi le déplacement pour se rendre à l'hôpital. Je précise que le salaire minimum au Burkina Faso est de 32 000 francs CFA (soit à peu près 48 euros), et le salaire moyen de 45 000 francs CFA (soit 68 euros). Ainsi, tant le prix de la prise en charge que la distance géographique sont des variables déterminantes dans l'accès aux soins.

Par conséquent, le personnel soignant burkinabé est majoritairement et essentiellement confronté dans sa pratique à une patientèle ouagalaise, agitée lorsqu'elle arrive au sein du service, et ayant déjà une historicité dans son parcours de soins. Ces caractéristiques de la patientèle ouagalaise limitent la visibilité d'un ensemble plus large de troubles mentaux (nous pouvons en effet envisager que des personnes souffrant de troubles mentaux non problématique pour l'ordre public, ne sont pas amenés au sein du service de psychiatrie). Des automatismes de soins naissent de cette confrontation à un « patient type ». Une anecdote racontée par un attaché de santé illustre ce propos. Tandis qu'il était de garde, des policiers amènent un homme, le patient potentiel. Ce dernier est accusé par un second homme d'être « fou » et d'avoir voulu tout « casser chez lui ». Alors que le soignant continue de poser les questions préliminaires à celui qu'il pense être l'accompagnant du patient potentiel, il s'apprête à prescrire une injection de tranquillisant (patient qui jusque-là n'a pas fait preuve d'agitation). Le patient potentiel est ghanéen, ne parle pas français ni le moré. L'attaché de santé s'apprête à demander à l'accompagnant de traduire. Face à cette demande, comprise en partie par le patient potentiel, celui-ci fait comprendre son refus net face à cette proposition. Là où le soignant voyait un patient « agité » à qui il s'apprêtait d'injecter un médicament, il ne s'agissait au final que d'une altercation entre deux hommes où le soit disant accompagnant devait de l'argent au patient potentiel.

Ainsi, le fait même d'avoir été amené par les forces de l'ordre, d'être accompagné par un homme, provoque chez le soignant, une réaction en chaîne, des automatismes professionnels.

Ainsi, la coopération se heurte à la culture professionnelle du service, culture engendrée entre autre, par la régularité des caractéristiques des personnes amenées.

Dans un second temps, cette coopération se heurte à une difficulté de faire. Si elle propose une formation et un mode de prise en charge, les réalités financières de l'hôpital et la faible solvabilité de patients viennent entraver la mise en place des soins. En effet, l'accès aux médicaments est difficile : les pharmacies ne peuvent se procurer les médicaments de nouvelle génération (connus pour avoir moins d'effets secondaires). Voici ce que me dit un attaché de santé :

L'accompagnement psychologique, c'est un premier outil. Pour ce qui est des médicaments... J'ai l'impression que vous prescrivez la même chose à chaque fois, de l'haldol, du valium etc. Pourquoi ?

Mario : C'est pas qu'on prescrit la même chose... Y a le problème financier des patients. Et ensuite il y a la disponibilité même des médicaments. Actuellement, il y a la nouvelle génération de neuroleptiques qui sont sur le marché ici, c'est pas à la portée de n'importe qui. Une boîte de nouvelle génération, ça peut être plusieurs milliers de francs. Le largactil est à 200 francs. Donc ça, déjà c'est un argument. Et puis après, il faut voir ce

qui est disponible ou pas, ce qui est à notre portée. Tu peux pas prescrire quelque chose que tu sais que le patient ne trouvera pas. L'haldol, tu le trouves partout. Dans les pharmacies, tu trouves aldol et largactil. Donc quand tu prescris, tu es obligé de prendre ça en compte. (Entretien avec l'attaché de santé Mario. Fait en 2016)

La prise en charge est donc confrontée à une contrainte structurelle et s'efface derrière la disponibilité des produits et les moyens financiers du patient. Dans d'autres cas, le diagnostic et les soins sont affectés par une constructions des tabous différente entre la France et le Burkina Faso. Deux exemples portant sur les conceptions de la sexualité et de la consommation de cigarettes en témoignant.

Lors des présentations de patients, le mercredi, j'ai constaté que pour chaque patient consulté, est précisé son orientation sexuelle. L'homosexualité est considérée par certains membres du personnel comme une pathologie (selon les propos d'un attaché de santé). Lorsque la sexualité est évoquée, le personnel semble gêné. Ainsi, dans le cadre de la formation en psychotraumatisme. Je me souviens de la réaction de Noémie (médecin en deuxième année de spécialisation en psychiatrie) : elle est complètement surprise, mal à l'aise au moment où un patient évoque son viol. Autre exemple, une interne évoque dans une discussion collective au cours d'une réunion hebdomadaire, la « libido normale » du patient. Le Dr. Ou. l'arrête, et lui demande comment elle le sait, si elle lui a posé des questions concrètes. L'interne en médecine avoue que non, et laisse échapper un rire embarrassé. Le Dr. Ou. explique par la suite que « l'intérêt pour la sexualité n'est pas une curiosité malsaine, mais peut révéler des choses sur le patient ». Evoquer la sexualité, des pratiques sexuelles, n'est pas un acte aussi simple qu'en France où la psychiatrie s'est construite autour d'une prise en compte de la sexualité du patient et notamment de l'idée qu'elle est un élément constitutif de la structure psychique de l'individu. Un traumatisme sexuel (viol, attouchement etc.) est considéré comme pouvant agir plus ou moins fortement sur cette structure psychique. Lors de la formation en psychotrauma donnée par le Dr. T., les traumatismes lié à la sexualité ont été abordés comme pouvant être des éléments déclencheurs de troubles mentaux et à ce titre doivent être évoqués avec le patient. De ce que j'ai pu entendre durant les séances de formation, l'évocation de ces traumatismes sexuels n'est pas systématique chez certains professionnels. La question que je me pose, et qui vient logiquement, c'est le poids de ces tabous dans le processus de soin des patients, leur influence sur la prise en charge des personnes venues consulter.

De même pour la consommation de tabac qui est considérée comme une addiction importante et dont l'arrêt peut nécessiter une prise en charge en psychiatrie. En fait, certaines familles cachent la maladie mentale d'un de leurs membres derrière cette consommation de tabac. Cela est repris par certains membres soignants, y compris par le professeur O. Ce dernier, face à une mère et son fils, un patient diagnostiqué schizophrène, lors de la réunion du mercredi (la dernière auquel j'assisterai), reprendra le discours de la mère par rapport à la consommation de cigarettes. C'est ainsi qu'il dit au patient « La demande excessive de cigarettes, ce n'est pas un problème ça ? ». Les quelques minutes d'entretien sont centrés sur ce thème. A la fin, il dit à la mère : « avec les effets des médicaments, il y aura des améliorations progressives » et insiste sur la nécessité de l'arrêt du tabac. Lorsqu'ils quittent la scène, le professeur O. se tourne ensuite vers l'équipe, explique la nécessité de préparer la sortie du patient, et celle d'agir quant à sa consommation de cigarettes.

Face au même patient, la recommandation de prise en charge par le Dr. T. et Madame T. était tout autre. Ils avaient en effet vu ce patient lors de leur venue. Au cours de cette séance, ils tentent d'expliquer aux parents du patient la chronicité de la schizophrénie, mais aussi, que cela peut se soigner, que leur fils peut aller mieux, mais que ça prendra du temps, de trois à cinq ans. Le fils ayant fait connaître sa volonté de faire quelque chose, Madame T. et le Dr. T. proposent donc la mise en place d'activités. Lorsqu'ils lui demandent « Quoi ? », le patient répond « tout » puis « rien ». Madame T. interprète cette phrase ainsi « dans la maladie, plus y a du vide, du rien, plus il y a du tout ». Plus clairement, il s'agit de dire que le patient est d'autant plus envahi par ses troubles, ses pensées, qu'il n'est pas occupé. Ainsi, classiquement il est proposé dans ces cas-là, comme outil thérapeutique, des activités manuelles. Les époux T. recommandent ainsi la mise en place d'activités : le patient parlait de jouer du piano, d'aller à la piscine. Cette pratique semble viser l'acceptation par les parents de la maladie de leur fils, et la dissociation de ce diagnostic d'avec le problème de cigarettes. Ils proposent enfin une thérapie familiale.

Les modalités de prises en charge, au-delà du diagnostic, proposées par les coopérants français affrontent des représentations sociales, des manières de faire, d'interdire, de médicaliser (comme c'est le cas de la consommation de cigarettes⁶⁷), mais aussi des hiérarchies professionnelles (aucun soignant ayant assisté à la séance menée par les T. n'a contesté l'avis du professeur O.).

Par ailleurs, la formation donnée par les coopérants français se confrontent à une « compétition avec le manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM V). En effet, l'approche des différentes délégations des coopérants français insistent sur une prise en charge prioritairement psychothérapeutique, mais aussi soucieuse de respecter les croyances « traditionnelles » avancées par les patients, quitte à les intégrer dans leurs pratiques (sauf peut-être pour le cas de la pédopsychiatrie). Cette position est assumée par le Dr. T. :

Donc vous constatez réellement l'impact de cette coopération ?

Dr T. : (...) Donc j'ai participé, on a développé la psychiatrie, on essaye de faire front à une psychiatrie du médicament qui est une psychiatrie anglo-saxonne en développant une fonction clinique, un suivi du patient pas seulement à l'hôpital mais aussi en-dehors de l'hôpital, c'est tout un travail qui découle des pratiques de psychiatrie de secteur ici, et qui, en même temps on essaye de développer une écoute clinique des gens. C'est-à-dire que dans un continent, dans un pays comme le Burkina Faso, où vous avez une prééminence de la parole c'est quand même un comble que ce soit le médicament qui boucle la parole, qui soit utilisé en priorité. Donc on essaye d'apprendre aux gens, et d'apprendre nous comment faire en travaillant là-bas, comment on travaille avec la parole. Alors on est loin, mais enfin... (Entretien avec le Dr. T. Fait en 2014).

Cette façon de procéder, n'est pas celle illustrée par les différentes recommandations de l'OMS ou bien encore l'approche du DSM V. En lisant le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 émis par l'organisation internationale⁶⁸, nous pouvons constater qu'au chapitre des prescriptions (et donc, de ce qu'il faut faire. Nous sommes dans une logique normative), celles-ci se font avant tout via des traitements médicamenteux (Aimard, 2014). De plus, voici un extrait d'un communiqué de presse édité par l'OMS :

⁶⁷ Je précise qu'il y a deux attachés de santé qui fument au sein du service. Au-delà des petites remarques que les autres soignants peuvent leur faire quant à ce qui est considéré comme une addiction, il est intéressant de constater qu'ils ne fument jamais devant le service, mais s'éloignent un peu, se mettent à l'écart. Quant à moi, qui fume que quelques cigarettes par jour, dans un premier temps je ne fumais nullement la journée lorsque j'étais dans le service. La première cigarette que je me suis autorisée à allumer, c'était en compagnie des coopérants Paul et Patrice, venus dans le cadre de la thérapie familiale. Puis petit à petit, je me suis autorisée à fumer en compagnie des deux attachés de santé lors du dernier mois de stage. Pour le cas de la cigarette, je renvoie aussi à l'extrait d'entretien avec l'attaché de santé Abdel, cité un peu plus dans cette partie, page 85.

⁶⁸ OMS, *Plan d'action pour la santé mentale. 2013-2020*, en ligne, disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf. Consulté le 4 juin 2016.

« Soins et traitements »

Il est essentiel que les efforts nationaux déployés pour élaborer et mettre en œuvre les politiques de santé mentale visent non seulement à protéger et à promouvoir le bien-être mental des citoyens, mais aussi à répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les connaissances concernant l'action à mener face à la charge croissante des troubles mentaux ont beaucoup progressé ces 10 dernières années. Des données toujours plus nombreuses démontrent que certaines interventions clés pour les troubles mentaux prioritaires sont à la fois efficaces et rentables, et ce dans des pays situés à différents niveaux de développement économique.

Parmi les interventions à la fois rentables, réalistes et économiquement abordables figurent:

- le traitement de l'épilepsie au moyen d'antiépileptiques;
- le traitement de la dépression par des antidépresseurs génériques et une brève psychothérapie;
- le traitement des psychoses par des antipsychotiques plus anciens et un appui psychosocial;
- la taxation des boissons alcoolisées et les restrictions concernant leur disponibilité et leur commercialisation.

Il existe également tout un éventail de mesures efficaces pour la prévention du suicide, la prévention et le traitement des troubles mentaux chez l'enfant, la prévention et le traitement de la démence, et le traitement des troubles liés à l'abus de substances psychoactives. Le Programme d'action 'Comblar les lacunes en santé mentale' (mhGAP) a établi des lignes directrices fondées sur des données factuelles à l'intention des non spécialistes pour les aider à repérer et prendre en charge les problèmes prioritaires de santé mentale. »⁶⁹.

⁶⁹ OMS, *La santé mentale, renforcer notre action*, en ligne, disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>. Consulté le 4 juin 2016.

Les recommandations de l’OMS ainsi que les prescriptions du DSM, sont des références internationales, et sont susceptible d’orienter les pratiques des professionnels psychiatriques, y compris au Burkina Faso. L’approche qu’ils proposent sont une alternative pouvant être mobilisée par les acteurs. Cependant, durant mon stage, je n’ai vu que les DES, et quelques médecins consulter le DSM. Et non pas les attachés de santé. Cependant, je n’ai pas récolté leur opinion, ni pu constater leur position face aux recommandations du DSM et de l’OMS.

En conséquence, la coopération en proposant et transmettant des cadres de pensées et des cadres de pratiques, influe sur la culture professionnelle du service de psychiatrie au CHU Yalgado Ouédraogo, au sens « d’un composé indécomposable de représentations, de croyances, de savoirs, de savoir-faire et de pratiques »⁷⁰. Dans les faits, ces propositions sont reformulées, mises de côté, contournées ou encore adaptées avec les manières locales de désigner les maladies, les malades et les traitements, et avec les manières locales d’exercer la médecine.

⁷⁰ Jean-Michel Eyemri, « Pour une sociologie politique comparée des institutions et de l’action publique » in Dreyfus Françoise, Eymeri Jean-Michel (dir), *Science politique de l’administration. Une approche comparative*, Paris, Economisa, 2006, p. 269-283, cité par Emilie Biland, « Les cultures d’institutions » in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir), *Sociologie de l’institution*, Paris, Belin, 2010, p. 177-192, p. 180.

2) La psychiatisation de comportements hors-normes et « déviants »

En concourant à la nomination et à la mise en place de modèles de prise en charge préétablis, mais réappropriés selon les circonstances du terrain et des dispositions des acteurs, la coopération permet la mise en visibilité de comportements « anormaux », leur regroupement, et leur pathologisation ou encore leur psychiatisation. Ian Hacking, avait élaboré et développé cette hypothèse dans deux de ses ouvrages traitant des fugeurs en France fin XIX^{ème} siècle⁷¹ ainsi que des personnalités multiples aux Etats-Unis depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle⁷². Il proposait le concept de niche écologique afin de désigner un environnement non pas « simplement social ou médical, qui n'est pas le seul fait du patient ou le seul fait des médecins, mais est issue de la concaténation d'un nombre extraordinaire d'éléments divers qui offrent pour un temps un abri stable à certain types de manifestations morbides »⁷³. Ces « éléments divers » dont il parle, il les nomme aussi des « vecteurs », qui dans un sens premier, c'est-à-dire en mécanique physique, désigne « une force agissant dans une direction donnée. »⁷⁴. Par cet emprunt disciplinaire, l'auteur souhaite « évoquer différents types de phénomènes agissant de façon différente dont la résultante peut être une niche permettant le développement d'une maladie mentale. »⁷⁵.

Il ne s'agit pas dans cette partie de mener une réflexion sur les maladies transitoires en Afrique (il aurait fallu rester plus longtemps pour cela et surtout mener les recherches différemment), mais sur la possibilité que la coopération joue le rôle d'un vecteur en jouant à la fois au niveau de la médicalisation et de l'observabilité d'un trouble, en proposant des cadres nosographiques où peuvent s'insérer alors les comportements signalés comme « anormaux », ou même source de souffrance (Hacking, 2002).

La coopération, en important une façon de nommer, de désigner, des comportements qui, en France et en Occident, sont déterminés comme des troubles mentaux, agit alors à la fois comme une transplantation professionnelle, mais aussi pathologique, dans le sens où elle permet un regroupement nosographique psychiatrique de multiples comportements qui pouvaient, jusque-là,

⁷¹ Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2002.

⁷² Ian Hacking, *L'âme réécrite. Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1998.

⁷³ Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2002, p. 34.

⁷⁴ Ibid, p. 180.

⁷⁵ Ibid, p.181.

être considérés séparément les uns des autres. Nous avons donc à la fois un processus de regroupement de comportements ainsi que de psychiatrisation de ceux-ci. Comme le souligne Pierre Legendre dans son introduction du *Tour du monde des concepts*, « les mots ne se résignent pas à une fonction de désignation, ni ne sont seulement porteurs d'information, ils sont aussi des objets du monde - du monde humain s'entend. »⁷⁶.

Cela entraîne des répercussions sur le soignant, sur sa manière de prendre en charge des pathologies sur ses pratiques et sur la définition du groupe de patients potentiels. Il y a une idée d'homologie des pathologies : si tel comportement est, en France, pris en charge dans des structures spécifiques, pourquoi en irait-il différemment au Burkina Faso ? Nous pouvons supposer que c'est cette logique qui sous-tend l'approche des coopérants français.

Prenons un premier exemple. L'autisme est une catégorie médicale qui en France a toujours suscité le débat. Les discussions, plus ou moins vives concernent à la fois les différentes étiologies (biologique, psychologique, génétique), les symptômes, ainsi que les prises en charge (comportementaliste, psychothérapie). S'ajoutent à ce tableau médical des enjeux administratifs et financiers à travers la reconnaissance par les pouvoirs publics du handicap mental. L'autisme est donc le siège de différents enjeux, de luttes, autour de comportements hors normes (au sens le plus littéral du terme, c'est-à-dire ne correspondant pas aux normes établies dans une société) regroupés selon un classement bien spécifique. Myriam Ahnich, a tenté de comprendre comment l'autisme s'est imposé en France, en s'arrêtant notamment sur les acteurs qui ont porté un tel débat⁷⁷. Pour cela, elle analyse notamment l'évolution tant au niveau des représentations que des prises en charge de l'autisme (de psychose schizophrénique en 1950, nous sommes passés aux troubles du spectre autistique aujourd'hui) et met bien en avant un élargissement sans cesse de la définition des troubles et symptômes autistiques. Elle affirme que cette évolution au niveau des classifications, au-delà d'entraîner des changements de prise en charge, amène une « augmentation des incertitudes quant au diagnostic ».

⁷⁶ Pierre Legendre, *Tour du monde des concepts*, Paris, Fayard, 2013, p. 12.

⁷⁷ Myriam Ahnich, « Le couloir des 'exilés mentaux'. La gestion de l'utilisateur français 'sans solution' au-delà des frontières », Mémoire pour le M2 en Science Politique, sous la direction de Madame la Professeur Pascale Laborier, Nanterre, Université Paris-Ouest-Nanterre-La-Défense, 2015.

Au Burkina Faso, et de façon générale en Afrique de l'Ouest, existe une nomination donnée aux enfants ayant des comportements « étranges », peu communs, les nit-ku-bon. Andràs Zempléni, ethnologue de formation, s'étant beaucoup intéressé à l'anthropologie médicale, les décrit comme suit : « C'est un bel enfant, au teint plutôt clair; aux gros yeux. Il tient la tête baissée et ne regarde jamais en face. Il est silencieux. Il s'isole. Il est d'humeur labile et imprévisible. Il est d'une extrême sensibilité. Il a souvent de petites maladies, et il est très exposé à mourir de maladie. Il est rare que l'on puisse le reconnaître avant l'âge de dix-huit à vingt-quatre mois. S'il arrive à franchir le seuil de l'adolescence, il est considéré comme sauvé. Il pourra alors devenir un adulte sage et respecté. Trois explications sont offertes par les Wolof : ou bien l'enfant est possédé par un ab ou en est un lui-même. Ou bien, il est la réincarnation d'un ancêtre qui se souvient de sa vie intérieure. Ou bien, chez une femme qui a eu une succession d'enfants morts en bas âge, il s'agit du même enfant, qui parcourt une série de réincarnation et de morts rapides. C'est d'après ces croyances que les particularités du nit-ku-bon sont expliquées. S'il baisse la tête, c'est que le poids de sa connaissance est difficile à porter; s'il est taciturne, c'est qu'il veut garder sa connaissance pour lui; s'il se fâche, c'est qu'étant un ancien, il ne supporte pas d'être traité en enfant etc. »⁷⁸.

En France, ces enfants seraient probablement regroupés et considérés comme souffrant d'autisme infantile, seraient pris en charge au sein d'institutions « adaptées », quelles que soient par ailleurs les méthodes préconisées pour le traitement. En important la nomination « autisme infantile », ou si on reprend la nouvelle classification, les « troubles du spectre autistique », on permet donc de mettre en route une psychiatrisation de comportements. Au Burkina Faso, certains ont pu estimer que si les troubles de l'autisme étaient présents, le matériel pour poser le diagnostic n'existait pas. En ce sens, la transplantation du diagnostic peut produire de « l'épidémie » et susciter des traitements peu compréhensibles pour les proches⁷⁹.

Par ailleurs, cette psychiatrisation est renforcée par l'absence d'accès à différents examens somatiques. En effet, la difficulté qu'il y a à effectuer des examens tels que des scanners, des audiogrammes, des électroencéphalogramme, etc., peut amener le soignant à poser un diagnostic psychiatrique là où il n'y a que des effets de maladies somatiques :

⁷⁸ H-F Ellenberger, « Impressions psychiatriques d'un séjour à Dakar », *Psychopathologie africaine*, 1968/4, n°3, p. 469-481, p. 478.

⁷⁹ Voir à ce titre les propos de la psychologue Jacqueline précités, affirmant que la coopération permet d'apporter le diagnostic à l'autisme et donc à le reconnaître.

Et l'adaptation auprès des enfants de ces nouvelles méthodes ?

Dr. W. : (...)Sinon la difficulté qui change d'avec la France c'est toutes les séquelles dues aux maladies infectieuses, et donc là, qu'on a pas ici. Ça veut dire quand on voit un enfant qui est un peu inhibé, et puis qui travaille mal à l'école, au Burkina Faso et qu'on apprend qu'il a convulsé pour les premiers paludismes, qu'il a eu la méningite, même sans séquelles neurologiques, on se dit, on n'est pas dans le même modèle de pensées que celui occidental qui va être de dire c'est une inhibition. Là-bas on va se dire est-ce qu'il n'y a pas une lésion neurologique qu'on a bien évidemment pas les moyens sur place de détecter là-bas parce qu'il y a pas de scanner. Donc voilà, y a ces différences-là. C'est vrai qu'il y a aussi une pathologie obstétricale qu'on ne voit plus ici. La dernière fois que j'y suis allé j'ai vu un enfant aphasique à la suite sûrement d'un problème à l'accouchement. C'est vrai qu'y a des problèmes comme ça. (Entretien avec le Dr. W. Fait en 2014).

Nous sommes donc en présence d'une psychiatrisation de signes, une interprétation ici faussée par l'absence de moyens techniques au niveau de la santé somatique. En effet, poser un diagnostic en psychiatrie requiert nettement moins, pour ne pas dire pas du tout, de supports techniques, comme c'est le cas de la médecine somatique (scanner, IRM sont autant d'outils permettant la mise en place d'un diagnostic). Le risque de cette transplantation pathologique est une psychiatrisation à l'excès.

Concernant l'addictologie, cela n'est pas propre à la coopération, mais est le résultat d'un processus à l'échelle internationale. En effet, l'addictologie devient une matière de plus en plus psychiatrisée, et de plus et de plus en plus développée, depuis les années 80.

L'OMS, un guide avec une force légitimante forte, s'est « saisi » du problème. Elle propose à la fois une définition, une classification, mais aussi recommande un traitement médicamenteux pour différentes addictions, légitimant ainsi l'existence et la psychiatrisation de tels comportements⁸⁰.

En France, cela se matérialise classiquement par la mise en place de cursus universitaire, tels que des DU, ou bien encore l'ouverture de service d'addictologie au sein de l'hôpital, comme c'est le cas à l'EPS de Ville Evrard depuis 2012, de Sainte-Anne qui a ouvert le sien en 2005, ou bien encore de Saint-Louis (hôpital général), qui vient d'ouvrir en juin de cette année un service accueillant une quinzaine de lits plus deux lits d'urgence. En outre, une fédération française d'addictologie a été créée en 2001, et a pour but affiché, « l'étude, l'enseignement, la formation et la recherche dans différent domaines des addictions, ainsi que le développement des structures

⁸⁰ OMS, *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*, en ligne, disponible sur http://www.who.int/substance_abuse/terminology/fr/. Consulté le 2 juin 2016.

médico-sociales de prévention, de soins, de réadaptation dans ces mêmes domaines. »⁸¹. Le président de cette fédération est un psychiatre, le professeur Amine Benyamina. Cette psychiatrisation des addictions fait débats au sein des psychiatres français, voire même suscite une incompréhension, comme c'est le cas chez le psychiatre Paul, un des coopérants français.

La désignation de ce qui doit être pris en charge au niveau de l'addiction est donc très fluctuante (qui aurai pensé au tabac il y a une cinquantaine d'années ?). L'implication de la psychiatrie fait débat, tout autant que les modalités de prises en charge. Je renvoie pour cela à l'article fort intéressant d'Alain Morel, psychiatre de formation, « Addictologie : croyance ou révolution ? »⁸². L'auteur, bien que situé au sein d'une démarche particulière de l'addictologie (il est le Président de l'Association pour la recherche et la promotion des approches expérientielles⁸³), contextualise l'émergence, le développement ainsi que les différents enjeux (économiques, médicaux et politiques) de l'addictologie. Il redoute notamment une surmédicalisation des différentes addictions, ainsi qu'un élargissement du champ d'intervention de cette discipline. Car, comme il le souligne, « l'addictologie traduit une représentation que l'homme 'post-moderne' se fait sur lui-même et de son monde. Ce n'est donc pas une vérité universelle définitive. Elle est une construction et un produit de la pression sociale (ou plutôt socio-anthropologique) qui s'exerce sur le sujet moderne. »⁸⁴.

Cependant, le mouvement est lancé si je puis dire. L'EPS de Ville Evrard n'est pas en reste, et propose une formation en addictologie aux coopérants burkinabé dans le cadre des échanges inter-hospitaliers. Un des projets publié et donc officialisé via son écriture dans le pan d'action triennal 2016-2018, est la création d'un DU en addictologie, ainsi qu'un service prenant en charge cette « pathologie ». La coopération, en accueillant des stagiaires au sein de son service d'addictologie (actuellement il y a Abdel. Le Dr. G. a été aussi formé en France dans ce domaine en suivant notamment le DU d'addictologie à l'Université Paris Diderot) depuis cette année, mais aussi pour les années à venir, participe donc à ce processus de psychiatrisation d'un comportement désigné

⁸¹ Fédération française d'addictologie, *Présentation*, en ligne, disponible sur http://www.addictologie.org/spip.php?page=federation&id_rubrique=2. Consulté le 2 juin 2016.

⁸² Alain Morel, « L'addictologie : croyance ou révolution ? », *Psychotropes*, 2006/3, vol.12, p.21-40.

⁸³ Cette approche consiste à parier sur l'autonomie et la responsabilité de l'individu quant à la régulation ou l'arrêt de substances psychoactives, et non pas sur une interdiction totale et donc une répression légale et sociale de celles-ci.

⁸⁴ ⁸⁴ Alain Morel, « L'addictologie : croyance ou révolution ? », *Psychotropes*, 2006/3, vol.12, p.21-40, p. 29.

comme déviant, en l'espèce les différentes addictions non socialement acceptées (cela concerne principalement le tabac, l'alcool, le cannabis, les drogues dures » etc).

Par conséquent, les fumeurs de tabacs, de cannabis, les amateurs de bière et de Dolo (alcool local à base de mil ou de sorgho rouge) au Burkina Faso vont pouvoir « bénéficier » d'un protocole de prise en charge pour leurs addictions. Cette proposition de soins va concourir à la désignation, à la transformation de ce comportement en pathologie, en problème psychiatrique, et même en problème social (dans une logique de naming-blaming-claiming, développée par Richard Abel, Austin Sarat, Bill Felstiner pour leur modèle de la pyramide des conflits).

Ainsi, dans la carrière de ces déviants⁸⁵, la coopération joue son rôle tant au niveau de la nomination d'un trouble, et donc dans la mise en place d'une étiquette, mais aussi dans la proposition d'une prise en charge spécifique. En formant les personnels burkinabé, en transmettant des compétences spécifiques, l'EPS de Ville Evrard contribue à la diffusion de cette « pratique psychiatrique » particulière et à l'émergence d'une nouvelle catégorie de patients psychiatriques, les addicts. Par là-même, cela contribue ainsi à justifier à la fois la formation suivie, mais aussi les nouvelles compétences acquises, et donc la pratique du soignant. Désigne-t-on uniquement pour justifier sa propre pratique, sa propre existence professionnelle ? Surtout, cette désignation permet une forme de régulation sociale à travers la mise en place de normes médicales, et donc jugées comme scientifiques et objectives. En effet, la psychiatisation de comportements considérés comme « anormaux », permet, via leur prise en charge, de contrôler et de réguler une certaine tranche de la population. Comme le fait remarquer le psychiatre Georges Jovelet : « Les gouvernants de leur côté ont toujours perçu la psychiatrie comme un facteur de régulation sociale. C'est de là que naît la tentation de psychiatiser le malaise social, la déviance et de contrôler les populations à risque. La psychiatrie est sous cette influence. »⁸⁶. Un sociologue pourrait dire que la psychiatrie n'est pas sous cette influence, mais plutôt qu'elle y trouve là une opportunité, une brèche où s'engouffrer afin de légitimer sans cesse sa position, les compétences de ses soignants et par là-même son existence.

⁸⁵ Sur la carrière de déviant, voir l'ouvrage d'Howard Samuel Becker, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Editions A.-M. Métaillié, 1963 ou encore celui d'Erving Goffman, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975. Tout deux s'intéressent au processus d'étiquetage de personnes « hors normes ».

⁸⁶ Georges Jovelet, « L'ordre psychiatrique est-il scientifique, politique, moral ou éthique ? », *L'information psychiatrique*, 2009/7, vol.85, p. 597-604, p. 600.

B) Une réponse « légitime » aux dissonances cognitives

Nous avons vu, tout au long des parties précédentes, comment la coopération permettait la consolidation du secteur psychiatrique burkinabé, en créant, en renforçant ses réseaux, mais aussi en consolidant l'expertise médicale propre aux psychiatres.

Cette expertise, portée par la pratique des différents professionnels du service de psychiatrie du CHU de Yalagado Ouédraogo, tend à se développer et à prendre de l'ampleur. Différents extraits d'entretiens appuient cette idée d'une évolution croissante du recours à la psychiatrie hospitalière.

Quelle vision vous avez de la psychiatrie ?

Nicolas : Silence. En Afrique ? C'est une profession d'avenir en Afrique.

Pourquoi ?

Nicolas : Parce que de plus en plus tu vas avoir, en Afrique, des troubles du comportement. Au fur et à mesure qu'on avance, les consultations, ça augmente. (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016)

Noémie : (...)Je pense que ça change avec les spécialistes qui sont de plus en plus nombreux dans le domaine. Y a également une demande qui est croissante, ces gens vont entrer en contact avec le service, se faire une meilleure idée du service. Ca va se faire naturellement avec le temps.

Une demande croissante ? A ton avis, pourquoi ça augmente ?

Noémie : Rires. Pour plusieurs raisons. Déjà je pense que les mentalités commencent à changer. Les gens commencent à comprendre qu'on peut apporter une certaine aide dans ce domaine. Ils croyaient jusque-là aux charlatans et autres. On a les changements de la société qui peut aussi expliquer l'augmentation des troubles. La consommation de substances bizarres, les drogues et tout ce qui est stimulants, les amphétamines, la consommation excessive de cannabis, l'alcool et tout. C'est quand même quelque chose qu'on voit de plus en plus. Avant on en n'entendait même pas parler. Quand moi j'étais au collège, c'est des choses rares. Maintenant, dans tous les collèges, lycées, tu as du cannabis, des amphétamines qui circulent assez facilement. Donc ça, ça aide à développer quand même beaucoup de maladies mentales. On a aussi un changement de mode de vie, qui est de plus en plus occidentalisé. Rires. (Entretien avec le médecin Noémie, DES en deuxième année de psychiatrie. Fait en 2016)

Cette expertise revêt les formes « classiques », « traditionnelles », pourrions-nous dire, de la psychiatrie scientifique telle qu'elle est pratiquée en Occident, et telle qu'elle est légitimée sur la scène internationale. Elle se caractérise donc par une approche médicamenteuse, physiologique, symptomatique, catégorielle de la maladie mentale. Bref, une approche pensée et vécue comme « scientifique ».

Cette approche est en outre portée et renforcée par le fait que le service de psychiatrie, où mes recherches se sont déroulées, se trouve au sein d'un CHU, soit un institut universitaire. Il est par

conséquent porteur de représentations spécifiques, d'un symbolisme lié à la science « moderne ». Il est un lieu de transmission et de circulation de valeurs et savoirs scientifiques, habituellement opposées aux valeurs et croyances « traditionnelles ».

Le terme de « tradition », et tous ses dérivatifs, pose un problème épistémologique, ce n'est ni nouveau, ni inconnu. Peut-on parler de tradition et de modernité, les opposer si facilement ? A l'image des anthropologues Pierre Bonte et Michel Izard, je soutiens cette idée que la modernité ne serait qu'une tradition dont l'acteur n'aurait pas conscience : « Inconsciente mais opérante, elle n'apparaît qu'à l'étranger et ensuite seulement alors à soi-même et grâce à lui quand il vous interroge sur les raisons de ce qu'on fait sans y penser. La tradition dont on a conscience, c'est celle qu'on ne respecte plus, ou du moins dont on est près à se détacher. »⁸⁷. La différence au niveau des sociétés ne se fait pas selon ce couple tradition/modernité, mais d'après le mode de transmission des connaissances : écriture/oralité.

En conséquence, cette approche viendrait annuler cette opposition classique entre « modernité » et « tradition ». En outre, la définition de « tradition » est plus que fluctuante: là où je renvoyais la religion et les pratiques qui y sont liées à la tradition, différents membres du service, tels que Jacqueline ou bien encore Madame B., la responsable du service de pédopsychiatrie, m'ont vite fait comprendre que la pratique religieuse ne pouvait être associée aux tradipraticiens et donc au domaine de la « tradition ». Ainsi, au cours de différents entretiens, je fus au départ surprise de constater que la personne pouvait fermement rejeter le recours aux tradipraticiens, et en conséquence les explications « traditionnelles » de la maladie mentale, tout en acceptant l'idée d'une possession démoniaque et d'une délivrance par la prière. Les deux systèmes étaient dans ma tête automatiquement liés tant la religion.

Et vous même, vous avez jamais eu recours aux soins traditionnels ?

Samiratou : Moi ? Non. Je fais la prière. Rires.

Comment ça fonctionne ?

Samiratou : La prière ?

Oui. Vous parlez des prières pour soulager des personnes ?

Samiratou : La prière, quand tu pries, tu as la foi, et puis il y a des miracles. Avec la prière, quelqu'un peut guérir de son mal.

Chez les protestants, vous expliquez la maladie mentale d'une façon particulière ?

⁸⁷ Pierre Bonte et Michel Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, 4ème ed., Paris, PUF, 2010, p. 712.

Samiratou : Non. Les maladies mentales c'est pas... Y a des cas. Parfois on peut voir... Comme la maladie, tu l'expliques parce qu'elle serait due à des facteurs de stress, bio, sociaux... La personne a subi un traumatisme quelque part et la personne...Mais y a des cas aussi que la religion, que les protestants voient comme une possession démoniaque, diabolique. Un patient peut être possédé. Quand y a un malade est possédé, y a des paroles qui montrent... C'est comme des hallucinations, il a des spasmes, des crises

Vous en avez déjà vu ?

Samiratou : Oui.

Vous avez assisté à la prière ?

Samiratou : Oui, j'ai déjà... Lors de la prière, on voit des gens qui sont délivrés. Moi, j'ai déjà vu un enfant qui pleurait, il criait et il pleurait. Il criait, criait. Mais ses cris, là, ce ne sont pas des cris normaux, ce sont des cris comme des cris d'un Inaudible (26min). Mais quand le pasteur là, il a pris autorité sur le démon qui maltraitait l'enfant, là l'enfant il a été encore poussait des cris, il a été délivré. (Entretien avec l'attachée de santé Samiratou, Fait en 2016)

La mise en place de cette opposition, dont on ne peut nier les effets dans le réel, n'est donc nullement la description d'un fait, d'un constat, mais la fabrication par le discours d'une réalité dont certains ont un intérêt.

Cette conviction est née de l'observation des formes que prend la « lutte » au niveau du service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, mais aussi en constatant l'interpénétration et la coexistence - sans que cela ne constitue un problème pour le patient et certains professionnels de la psychiatrie - des deux expertises médicales, professionnelle et traditionnelle, concernant la prise en charge de la « folie ».

En conséquence, là où nous avons tendance à penser l'opposition soins modernes/soins traditionnels de façon exclusive, au niveau individuel, cette opposition n'a que peu de sens tant chez les professionnels que chez les patients. Elle peut engendrer, d'après les entretiens menés auprès des praticiens psychiatres, ce que le psychosociologue Leon Festinger nomme des « dissonances cognitives »⁸⁸. Dans notre cas, cet inconfort psychologique résulte d'une impossibilité d'intégrer dans sa pratique professionnelle (qui s'inscrit dans une scientificité de la médecine), des éléments provenant d'un système de penser et de faire « traditionnel », alors même que le soignant se rattache à ce dernier et connaît l'efficacité des tradipraticiens.

⁸⁸ Leon Festinger, *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, Stanford University Press, 1957.

Cette « lutte » ne serait-elle principalement qu'une façade, au sens de Goffman, c'est-à-dire « la partie de la représentation de la situation qui est proposée aux observateurs. »⁸⁹ ? Quelles sont les modalités, les enjeux, les instruments utilisés dans et pour cette lutte ? Quelles sont les différentes contradictions que cette « opposition » soulève parmi les acteurs professionnels du secteur psychiatrique et quelles en sont les conséquences ? Nous allons nous intéresser à ces différentes questions et constater qu'à ce niveau la coopération tente d'opérer une conciliation entre la « tradition » et la « modernité », en mêlant et légitimant les deux approches, tout en se confrontant à des réticences. C'est ici que se matérialise le mieux le jeu et les enjeux de ces différents savoirs dont la coopération en est une illustration.

1) L'antagonisme « tradition »/« modernité » créateur de dissonances cognitives

a) Les différentes expertises médicales : le modèle « scientifique » et le modèle « traditionnel »

Actuellement au Burkina Faso, se dessine une lutte entre deux expertises médicales dans le domaine de la santé mentale. Cette lutte, entre une expertise professionnelle et une expertise « traditionnelle » s'articule autour du critère de scientificité mis en place par les acteurs du secteur psychiatrique. Les luttes, les enjeux se cristallisent donc autour de la définition de ce que constitue « guérir pour des bonnes raisons », c'est-à-dire la guérison acceptable au vu de critères pensés et perçus comme scientifiques (Stengers, 1995). C'est ce que dépeint Pierre Bourdieu dans son analyse du champ littéraire : « La lutte pour le monopole du mode de production culturelle légitime prend inévitablement la forme d'un conflit de définition, au sens propre du terme, dans lequel chacun vise à imposer les limites du champs les plus favorables à ses intérêts ou, ce qui revient au même, la définition des conditions de l'appartenance véritable au champ (ou des titres donnant droit au statut d'écrivain, d'artiste ou de savant) qui est la mieux faite pour le justifier d'exister comme il existe. »⁹⁰.

⁸⁹ Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Paris, Editions de Minuit, 1973, p. 29.

⁹⁰ Pierre Bourdieu, « Le champ littéraire », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 89, septembre 1991, p.3-46, p14.

La distinction entre guérir pour des « bonnes » ou de « mauvaises » raisons, opérée par la philosophe Isabelle Stengers⁹¹, est donc fondamentale ! A quoi renvoie-t-elle ? De façon simpliste, nous pourrions dire que « guérir pour des mauvaises raisons » concerne toutes ces guérisons miraculeuses, ou pour être plus précise, ces guérisons dépendant à la fois des individus mais aussi des circonstances. Cette singularisation de la guérison serait constitutive des soins « traditionnels ». A l’opposé, les guérisons pour la médecine occidentale se font pour des « bonnes raisons », c’est-à-dire qui ont lieu en toutes circonstances et sont reproductibles sur une très grande majorité de personnes (Stengers, 1995). D’où l’importance, dans ce contexte, du chiffre au travers de l’utilisation des statistiques notamment mais aussi du recours aux expérimentations médicales et surtout du médicament ! L’apparition et le développement de médicaments spécifiques à la psychiatrie dans la seconde moitié du XXème siècle, vient inscrire et renforcer le caractère de scientificité de cette spécialisation médicale. En utilisant ces derniers, c’est le caractère physiologique de la maladie mentale qui est mis en avant et surtout qui l’inscrit dans une posture scientifique positiviste. En conséquence, à partir de la seconde moitié du XXème siècle, l’utilisation de médicaments permet d’objectiver la maladie mentale, de la médicaliser, de la rendre plus malléable, plus facilement catégorisable. Surtout elle offre une possibilité d’étendre son champ d’action.⁹²

⁹¹ Isabelle Stengers, *L’invention des sciences modernes*, Paris, Flammarion, 1995.

⁹² Cela est renforcé par l’utilisation du chiffre et des statistiques rendue alors possible par l’existence du médicament. Dans une logique de cercle vertueux, l’utilisation du chiffre va contribuer à renforcer, à consolider, ce qui est perçu comme l’objectivité de la science psychiatrique. Le chiffre crée des effets dans la réalité, et contribue par la-même à la fabrication de cette dernière (Bourideu, 2002; Didier, 2010; Lemoine, 2008).

Cette centralité du médicament, cette importance de ce dernier dans le processus de scientificité, est d’autant plus visible au Burkina Faso que cet élément constitue un argument majeur, un soubassement dans la construction du champ psychiatrique mais aussi une référence dans la lutte contre les tradipraticiens. Elle constitue une singularité de la psychiatrie hospitalière, c’est-à-dire une raison amenant les familles à consulter dans le service.

La représentation de la maladie mentale, son étiologie, sa guérison diffèrent en effet selon l'expertise qui la prend en charge. Nous avons dépouillé la revue Psychopathologie africaine trouvée à la bibliothèque du service, et plus particulièrement les articles relatifs à l'école Fann⁹³. Ces articles, ont été écrits en très grande majorité par des psychiatres, dès la fin des années 60. Les thèmes de prédilections sont les pratiques psychiatriques se fondant à la fois sur le savoir médical occidental et sur le savoir dit « traditionnel » (c'est-à-dire une connaissance sur les structures de filiation, sur les différents mondes qui existent -visible/invisible, jour/nuit-, sur le système symbolique utilisé pour nommer les choses, les différents rites etc.). Ce qui est constamment mis en avant dans les articles à travers la présentation de cas cliniques, est la nécessité d'articuler des savoirs de nature différente afin d'optimiser la prise en charge. La psychiatrie était encore un objet d'étude nouveau pour les sciences sociales, sans évoquer l'ethnopsychiatrie qui en était à ses prémises. Curieusement, ces publications ne sont pas connues des membres du service (je me suis renseignée auprès d'eux) ou repris par ceux-ci, alors même que certains d'entre eux vont avouer, exprimer leur attachement aux « traditions » et soins « traditionnels ». Cette revue a été d'une aide, car elle m'a permis de synthétiser les différentes connaissances concernant les approches dites « traditionnelles » en matière de troubles mentaux, de voir ce qu'il y a de commun derrière la diversité des traditions locales. La quasi-totalité des articles concernent le Sénégal. Cependant, la structure des rites, des sacrifices se retrouve au Burkina Faso, sous des formes, des noms différents, mais la pensée, le système symbolique, la structure guidant l'acte thérapeutique, ainsi que la vision de la « folie » sont similaires.

L'un des objectifs majeurs de l'approche traditionnelle, dont les différentes analyses se rapprochent grandement de celles avancées par Jeanne Favret-Saada dans ses ouvrages sur la sorcellerie dans le bocage français, est non pas tant la disparition des symptômes de la personne que son insertion dans son milieu social. En effet, elle appréhende « l'action du désorceleur comme une thérapie du

⁹³ Henri Collomb, psychiatre français est le fondateur de l'école de Fann. Cette école voit le jour, se développe au Centre hospitalier national universitaire de Fann, au Sénégal, qui ouvre ses portes en 1956. Henri Collomb fera de cette école une référence dans le domaine de l'anthropologie psychiatrique, contribuera à l'institutionnalisation de la pratique d'ethnopsychiatrie, en intégrant notamment les tradipraticiens dans le fonctionnement de l'hôpital ainsi qu'au sein des protocoles de soins. Il est aussi un des premiers à mettre en place le système d'accompagnement obligatoire, ainsi que la participation des patients dans les décisions concernant les orientations de l'institution. Véritable référence dans l'Afrique de l'Ouest, cette école a contribué à la formation d'une très grande majorité de psychiatres venus tant d'Afrique de l'Ouest que subsaharienne.

Voir Stéphane Boussat, Michel Boussat, « A propos de Henri Collomb (1913-1979) : de la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières », *L'Autre*, 2002/3, Vol.3, p. 405-424.

collectif familial des exploitants d'une ferme »⁹⁴, allant jusqu'à affirmer que la sorcellerie viendrait résoudre des conflits intra-familiaux et extra-familiaux « sans issues institutionnelles »⁹⁵, assimilant cette dernière à une « institution de rattrapage : un dispositif destiné à aider certains sujet- les chefs d'exploitation et de famille- à franchir un passage devant lequel ils ont échoué, un passage que la plupart franchissent sans difficultés car les autorisations légales et culturelles de le faire, les méthodes d'inculcation des normes et des rites de passage les y acheminent sans encombre. »⁹⁶. A travers ces différentes actions, la consultation auprès d'un désorceleur, a pour objectif de redonner une marge d'action à l'exploitant, une agressivité, une capacité d'agir sur sa vie, mais aussi d'exclure les tensions familiale en dehors du cercle familial (Favret-Saada, 2009.). Tobie Nathan, reprend aussi cette idée, en affirmant que les séances de tradithérapies, sont de par leur fonctionnement « de véritables thérapies familiales »⁹⁷. Cette approche ne s'éloigne nullement de ce qu'avancent certains attachés de santé en rapport aux tradithérapies :

Par rapport aux explications dites traditionnelles en santé mentale. Vous y adhérez ou c'est quelque chose que vous écarterez complètement ?

Abdel : Je n'écarter pas. Je n'écarter pas complètement parce que par moment ça donne des résultats. Moi je pense que tout est psychologique. Pour moi, pour être un bon tradithérapeute, il faut être un fin psychologue. Pour moi, c'est déjà ça la base. Et deux, il est reconnu quand même que y a des.... Ceux qui utilisent les plantes pour traiter certains symptômes, pour moi ces gens-là ont des connaissances acquises depuis longtemps et que peut-être on n'a pas réussi à répertorier encore, et ça c'est important. Y en a d'autres maintenant qui n'utilisent pas les plantes. Pour moi, eux c'est des psychologues qui comprennent bien le fonctionnement de la famille africaine, de la société africaine et ils jouent avec ça. Habituellement, comment ils font ? Le patient arrive, ils regardent quelle est la place du patient dans la famille, puis la place de la famille dans le village ou la société dans laquelle elle se trouve et à partir de là, il tisse les lien pour expliquer, voir ce qui ne va pas. (Entretien avec l'attaché de santé Abdel. Fait en 2016)

⁹⁴ Jeanne Favret-Saada, *Désorceler*, Paris, Editions de l'Olivier, 2009, p. 23.

⁹⁵ Ibid, p. 143.

⁹⁶ Ibid, p. 144. Lorsque Jeanne Favret Saada évoque « le passage », il est question ici d'héritage, et plus particulièrement, le fait que l'aîné de la famille hérite de l'ensemble du domaine agricole, tandis que ses frères et soeurs sont grandement biaisés dans ce transfert générationnel.

⁹⁷ Tobie Nathan, Isabelle Stengers, *Médecins et sorciers*, Paris, La découverte, 2012, p. 88.

C'est-à-dire ?

Noémie : Je, je... S'ils guérissent, c'est comme des psychologues, peut-être. Notamment avec l'effet placebo. Quand tu vas chez quelqu'un, que tu es persuadé qu'il va régler ton problème, s'il fait des incantations, t'assure que ton problème est réglé, pendant un mois tu vas te sentir mieux, même si ton problème est toujours là. Là, ils peuvent avoir une action; mais stabiliser une maladie mentale, je pense pas qu'ils puissent faire ça. Mais on dit qu'il y a des tradithérapeutes, mais je n'en ai pas encore vu, qui ne travaillent pas avec les incantations, les génies, les charlatans, des prières, mais sur la base des plantes. Eux, je pense oui que, s'ils maîtrisent leur art, ils peuvent avoir une efficacité. Mais je n'en connais pas personnellement. (Entretien avec le médecin Noémie, actuellement DES en deuxième année de psychiatrie. Fait en 2016)

La consultation chez un tradithérapeute a avant tout une dimension sociale où il est question à la fois de l'insertion de l'individu dans son groupe social, mais aussi dans sa filiation ancestrale. Cette double dimension est majeure au Burkina Faso, dans l'Afrique de l'Ouest de façon générale. Le monde de l'invisible, ou encore celui de la nuit, peuplé par les ancêtres entre autres, est une dimension majeure dans la vie sociale burkinabé. Elle implique à la fois des devoirs, c'est-à-dire des façons d'être et de faire, vis-à-vis des vivants, mais aussi, et surtout, vis-à-vis des ancêtres⁹⁸. Cette double dimension est présente chez la majorité des individus, y compris ceux qui sont passés par une socialisation universitaire qui ne se rattache pas à cette conception du monde. Un exemple simple et humoristique viendra illustrer ce propos. J'étais sur la terrasse un soir avec M-C. Nous buvions un thé. Un homme burkinabé, travaillant dans la gestion des affaires de notre propriétaire était aussi présent. Je ne sais pourquoi, mais à un moment donné, M-C vide sa tasse d'eau chaude sur le sol, provoquant de suite un cri d'horreur de la part de notre ami burkinabé. Elle venait en effet de brûler les ancêtres en versant ainsi de l'eau bouillante au sol. Une des façons d'y remédier, verser au même endroit de l'eau froide, chose qu'elle s'empressa de faire. Cet homme est diplômé en gestion et comptabilité et vit depuis plus de quinze ans à Ouagadougou.

⁹⁸ A ce propos, voir des ouvrages d'anthropologie médicale tels que celui de Doris Bonnet, *Corps biologique et corps social : procréation et maladies chez l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*, Paris, IRD Orstom, 1988. Ou encore des ouvrages liés à l'ethnopsychiatrie tels que celui de Georges Devereux, *Psychothérapie d'un indien des plaines : réalités et rêves*, Paris Fayard, 1951; Ali Aouattah, *Ethnopsychiatrie Maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 2000; Isabelle Stengers, Tobie Nathan, *Médecins et sorciers*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1995.

Ainsi, en prenant en charge un malade, il s'agit de comprendre avant tout quelle est la faute commise par lui, ou alors pourquoi est-ce lui qui en a la responsabilité (la maladie désigne le responsable d'une faute, et non pas forcément le coupable), permettant de mettre en place un processus de réparation engageant la communauté (Biadi-Imhof, 2006). Pour cela, c'est toute la famille qui est engagée, et même bien souvent le village qui peut être amené à participer à différents rituels à travers des danses, des chants ou encore des accusations publiques. La faute, si elle n'a de conséquences directes que sur une seule personne - celle qui est désignée comme malade- est par la suite partagée par cette publicisation, par cet agir collectif. Si la réparation du tort est l'objectif affiché, derrière, il s'agit bien évidemment de réintégrer la personne à la fois dans son groupe d'appartenance, mais aussi dans sa filiation, et de lui permettre de tisser de nouveau des liens sociaux avec son environnement. Le symptôme peut bien être présent, cela importe peu tant qu'il permet cette intégration et ne devient pas gênant, c'est-à-dire qu'il ne suscite aucune forme d'agressivité ou d'agitation de la part de la personne. Cette « tolérance », cette volonté intégrative plus que de guérison, résulte notamment du fait que l'origine de la maladie mentale est située à l'extérieur de la personne. Elle serait en effet à situer au niveau de l'action des génies, d'acte de sorcellerie, de possession etc. La personne n'étant pas rattachée à sa maladie, n'étant pas identifiée à ses symptômes, ne peut-être perçue comme folle dans la totalité de son être et par conséquent subir l'exclusion de son groupe d'appartenance (Nathan, Stengers, 2012.).

En revanche, la démarche de la psychiatrie occidentale, ou encore dite « moderne », est tout autre. Elle se distingue tout d'abord par son objectif : la disparition, tout du moins l'annihilation des symptômes : ces derniers ne doivent ni se manifester, ni être présents chez le patient. Ainsi, le fait d'entendre des voix sera combattu jusqu'à ce que ces dernières disparaissent. Or, et selon mon expérience sur les différents terrains, celles-ci ne sont pas automatiquement malveillantes, comme peuvent le témoigner certains patients. Il peut s'agir en effet de la voix de personnes de l'entourage, vivantes ou décédées prodiguant des conseils⁹⁹. La malveillance des voix n'est pas un automatisme, selon le témoignage de patients lors de mes différents terrains. Cela dépend du patient, de la situation. Dans le cadre d'une prise en charge chez un tradipraticien, elles peuvent faire l'objet d'un apprentissage quant à leur maîtrise, amener à une initiation puis à l'occupation d'un statut de guérisseur, comme le confirme l'attaché de santé Mario.

⁹⁹ Je me souviens notamment d'une femme qui entendait la voix de sa tante décédée. Elle disait aux soignant en face, que cette voix la conseillait quant à sa façon de faire avec son enfant qui venait de naître. Le soignant, n'avait aucunement l'objectif de mettre fin à cela, évitant ainsi un traitement médicamenteux.

Le professeur O. ne veut pas que j'y assiste.

Mario : Il a dit ça. Hum... Parce qu'on a reçu un patient. Quand on évalue des entretiens familiaux, si tu comprends pas les rapports sociaux, l'anthropologie de la maladie mentale, quand tu demandes les antécédents familiaux, il faut savoir que la plupart des tradithérapeutes, dans leur milieu, c'est des anciens malades qui ont été convertis, initiés et qui traitent ensuite les autres. Et donc si tu demandes s'il y a des malades mentaux dans la familles, on te dit non. Mais si tu demandes s'il y a un tradithérapeute, on dit qu'il y en a. Donc tu poses des questions, et tu peux apprendre après qu'il y avait des psychoses etc. Mais comme il est intégré socialement, sa dissociation ne va pas se faire sentir. Donc j'intègre cet aspect culturel quand j'évalue. (Entretien avec l'attaché de santé Mario. Fait en 2016).

De plus, en isolant le patient de son groupe d'appartenance, en associant la maladie à l'individu seul, ou encore en procédant à l'individuation de la maladie mentale, on met la responsabilité et la charge des troubles sur un seul être, en l'espèce le patient (Ehrenberg, 1998). Ce dernier est entièrement identifié à son trouble, associé à celui-ci à travers le diagnostic. La mise en place d'un traitement médicamenteux situe bien le problème à l'intérieur de l'individu (Nathan et Stengers, 2012.). Dans *Médecins et Sorciers*, Tobie Nathan situe bien ce problème et va jusqu'à affirmer que « les psychiatres répugnent à attribuer la cause de la maladie à quelque objet extérieur que ce soit. C'est en quelque sorte le principe même de leur fonctionnement théorique. »¹⁰⁰.

A *contrario*, le tradipraticien cherche la source à l'extérieur de la personne, qui d'autant plus n'est pas obligatoirement celle qui a commis un tort : un sorcier, un génie, un ancêtre mécontent etc. Ainsi s'opère une dissociation entre la personne malade et le symptôme via le recours aux mondes invisibles. La charge de la maladie ne pèse pas sur la personne seule, mais est perçue comme relevant du groupe social car elle est l'émanation d'un problème social.

Le personnel soignant burkinabé est lui pris entre ces deux systèmes de connaissance avec lesquelles, et selon chacun, il doit composer ses pratiques médicales aux quotidiens, comme le souligne le témoignage de Mario, cité ci-dessus.

¹⁰⁰ Tobie Nathan, Isabelle Stengers, *Médecins et sorciers*, Paris, La découverte, 2012, p. 91.

b) Origines et conséquences des dissonances cognitives

Une des principales modalités de délégitimation de l'approche traditionnelle au profit de l'approche universitaire, se traduit par le vocabulaire utilisé par les acteurs du secteur professionnel. Les mots employés afin de désigner les tradipraticiens, sont de même nature que ceux utilisés par « les biens pensants » contre les sorciers dans le Bocage de l'Ouest de la France étudié par Jeanne Favret Saada : « charlatan » ou bien encore « naïf »¹⁰¹. Quant aux personnes allant les consulter, celles-ci sont des « crédules », des « arriérés », des « imperméables à la causalité »¹⁰². Le même registre de vocabulaire est utilisé dans les différents articles (dont les références sont en bibliographie) écrits par les psychiatres travaillant dans le service du CHU. Ainsi parlent-ils de « charlatan », de « devin ». De même, est souligné le moindre niveau d'éducation et de diplôme des personnes consultant les tradipraticiens, à l'opposé de personnes instruites qui se tournent vers les soins « modernes »¹⁰³; cherchant ainsi à délégitimer les personnes ayant recours à ces thérapies traditionnelles. Jean Favret-Saada constate ce même processus rendant « crédules » les patients¹⁰⁴. En outre, les soins modernes sont présentés comme le recours aux échecs des tradithérapies. L'idée implicite derrière, est que nous réussissons là où ils ont échoué. Enfin, les soins traditionnels sont présentés dans le Plan stratégiques de santé mentale 2014-2018, comme « un retard de recours au système de soins modernes. »¹⁰⁵. Cet ensemble de moyens mis en oeuvre par les acteurs, contribue à la construction de la façade que les soignants burkinabé en psychiatrie veulent faire voir et légitimer (Codaccioni et al., 2012)

La dénonciation des soins qualifiés de « traditionnels », dénonciation avant tout officielle, publique, opère par une délégitimation des praticiens et des consommateurs, concourt ainsi à l'assise de l'expertise psychiatrique née il y a quelques décennies. Il s'agit bien de présenter à la fois à la population, mais surtout aux malades, ainsi qu'aux visiteurs tels que moi, l'orientation « scientifique » de la psychiatrie burkinabé, qui en cela ne se distingue en rien de la psychiatrie

¹⁰¹ Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1977, p. 16.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ voir notamment Kapouné Karfo et al., « Aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression chez la femme au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso », *Perspectives Psy*, 2009/4, vol. 48, p. 342-347.

¹⁰⁴ C'est d'ailleurs l'intitulé d'un de ses chapitres : Jeanne Favret-Saada, « Qu'il faut, au moins, un crédule », *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1977, p.61.

¹⁰⁵ Ministère de la Santé, *Plan stratégique de santé mentale 2014-2018*, décembre 2013.

occidentale, et plus particulièrement française (la comparaison avec la France est très présente au sein des différents articles écrits par les professionnels burkinabé.)¹⁰⁶. De même, face aux patients et aux familles, il s'agit de tenir le rôle de l'universitaire, celui de représentant de la science médicale. A quel point ce rôle est-il déterminé par les attentes des patients et familles ? Ont-ils seulement une idée de ce qu'il implique, de ce qu'il sous entend ? Comment chacun, parmi les professionnels de la psychiatrie, s'ajuste-t-il à son rôle ? Qu'est-ce que cela crée comme « dérangements » psychologiques et professionnels ?

La façon de penser le monde sous un mode « traditionnel », est loin d'avoir disparu au sein du service de psychiatrie. En effet, plusieurs membres du personnel, attachés de santé et médecins, avec qui j'ai pu discuter formellement ou de façon informelle, adhèrent au système de croyances, de pensées qu'implique la consultation chez un tradipraticien. Ils ont été élevés, socialisés dans un système de représentations où génies, démons, respect des ancêtres, ont toute leur place et leur importance dans leur vie quotidienne. Cette façon d'appréhender le monde, de le concevoir, de le penser, acquis au cours d'une socialisation, ne peut s'effacer et être simplement remplacée par ce qui est amené lors de leur formation scolaire et universitaire. Une donnée que souligne Isabelle Gobatto lorsqu'elle évoque l'arbitrage que doit souvent faire le médecin face à ces deux modalités de pensées : « Ayant fréquentés des lieux de remise en question, l'école puis la faculté de médecine, formés à la rigueur scientifique, modelés par une culture et une éducation traditionnelle, imbriqués dans une vie et des réseaux de sociabilité qui participent à la reproduction de ces mécanismes de références, ils sont cependant obligés de marquer leur appartenance aux membres du corps médical, unis autour de la reconnaissance de la suprématie de la science 'moderne' .»¹⁰⁷. Au niveau du service de psychiatrie, cela se traduit de différentes manières : par la rédaction d'articles affirmant, explicitant son rattachement à une science « moderne », par la dissimulation de ses croyances (comme me le dit l'attaché de santé H., « on ne discute pas de ces choses-là entre nous ») ou encore par la manipulation de ce savoir lors des entretiens sans que personne ne sache. Tout concourt à dissimuler l'utilisation de ce savoir « traditionnel » par les attachés de santé. Dans le cas où cette dimension est assumée, cela provoque des réactions :

¹⁰⁶ Ces articles sont cités dans la bibliographie de ce mémoire, dans la rubrique « psychiatrie africaine ». Il est étonnant de noter qu'il y a à la fois une volonté de se distinguer de l'Occident sur de nombreux plans, tels que la façon d'hospitaliser les patients, une conscience de l'inutilité de vouloir « rattraper » l'Occident, tout en faisant une référence quasi-constante à la France dans le domaine de la psychiatrie.

¹⁰⁷ Isabelle Gobatto, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999.

Vous en parlez entre collègues ?

Mario : Par exemple ceux qui sont très religieux, ils disent que je suis trop engagé dans le traditionnel. Mais j'essaye juste de comprendre ma culture et d'intégrer ça avec mes connaissances modernes. Il faut concilier les deux.

Ils se moquent pas ?

Mario : Non. On plaisante entre nous. (Entretien avec l'attaché de santé Mario. Fait en 2016).

Cependant, ils sont dans une difficulté, pour certains, de mêler approche « traditionnelle » et approche universitaire, c'est-à-dire de faire tenir l'approche qu'ils défendent institutionnellement au sein de l'hôpital et les croyances et savoirs pratiques propres à leur socialisation antérieure. Surtout, il y a une difficulté de se dire appartenir à un corps professionnel qui construit et légitime son existence en s'opposant contre ce savoir « traditionnel ». Ceci suscite des dissonances cognitives. En effet, comme je l'ai souligné depuis le début de ce mémoire, la direction donnée au service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo est purement « scientifique ». Cela résulte de la position du professeur O. (voir l'extrait d'entretien qui suit), du fait que la structure soit une structure universitaire, de la nécessité de légitimer sa position se rattachant à une approche scientifique etc. Ainsi l'environnement professionnel au sens large provoque une quasi impossibilité d'allier les deux expertises. Tout du moins, une impossibilité institutionnelle.

Mais je n'attends rien justement si ce n'est votre point de vue, c'est ça que je cherche.

Pr. O. : Ouais mais nous n'avons pas, comme je l'ai dit, euh, c'est une science... En tant que telle, vous voyez avoir un point de vue c'est peut-être que, euh, la psychiatrie c'est que c'est le point de vue de la science.

Et quel est ce point de vue ?

Pr. O. : Bah, c'est une science c'est tout. Il faudrait développer tout ça. Je ne sais pas si ça vous serait utile et si on aurait le temps ici. Et je ne suis pas sûr que ce soit pas ennuyeux de développer les concepts de la psychiatrie. Je ne pense pas qu'il y ait d'intérêt. Le point de vue, mon point de vue, euh, ça ne diffère pas du point de vue du psychiatre asiatique que vous allez rencontrer, c'est pourquoi j'ai dit qu'on n'a pas à nous en tant que psychiatre un point de vue particulier de notre discipline, c'est notre discipline. C'est comme si je vous demandais votre point de vue par rapport à votre discipline. (Entretien avec le professeur O. Fait en 2014)

Chacun résout à sa manière cette contradiction : comme Nicolas, il « balaie ça d'un revers de main », ou bien encore font comme s'ils n'adhéraient pas alors que si, comme c'est le cas de H., ou l'intègrent de façon tout à fait informelle dans leur consultation, comme c'est le cas de Mario ou du Dr. G.

Pourquoi, n'avoir jamais intégré cela dans votre pratique professionnelle, y compris quand ce sont les patient eux-même qui en parlent ?

Nicolas : Bon, peut-être que d'une manière anodine j'en fait, d'un manière informelle.

Concrètement ? Sourire de sa part. En sciences sociales, on aime le concret. Rires. C'est un entretien anonyme.

Nicolas : Ok. Concrètement, y a des moments où toi-même tu es déboussolé, où les neuroleptiques ne marchent pas. Tu rentres la nuit, c'est à peine si tu peux dormir. Tu demandes à des gens de faire.

Comment ça se passe ?

Nicolas : Secret défense.

D'accord. Silence.

Nicolas : Mais ça marche. Parfois ça marche pas.

Vous l'avez déjà fait sur des patients ici ?

Nicolas : Ici, non.

Pourquoi ?

Nicolas : ici y a un problème parce que les patients n'ont pas le même point de vue. Parce qu'aujourd'hui moi je peux recevoir un patient , demain quelqu'un d'autre va le recevoir. Donc ça fait que c'est difficile.

Vous parliez des patients que vous suiviez en province ?

Nicolas : Oui.

Silence.

Vous n'avez jamais tenté de mettre cela en place avec des patients que vous voyez régulièrement ?

Nicolas : Ici ? Je n'ai jamais tenté ici. Jamais.

Et quand le patient lui-même avance une étiologie traditionnelle, qu'est-ce que vous leur dites ?

Nicolas : Je balaie ça du revers de la main à Ouaga. En province il m'est parfois arrivé de dire à quelqu'un « Va au village, va t'entretenir avec tes grand-parents, avec les vieux. Il y certaines choses qu'ils vont te dire ».

Mais ici, jamais ?

Nicolas : Jamais. Je n'ai même pas envie de faire ça ici. (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016)

Je voulais parler des étiologies traditionnelles. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Dr. G. : Premièrement... Y a deux aspects. On s'y oppose pas. C'est-à-dire quand on analyse le processus psychologique de guérison d'une personne, sa croyance joue un rôle. Donc, c'est peut-être si on est pas très averti qu'on évacue. Mais quand tu es averti, la prise en charge traditionnelle a une place importante. D'abord au niveau individuel du patient. Le patient lui-même y croit, donc ça serait pas très intelligent de s'y opposer. Parce que si y a un déclic psychologique qui ne va pas se produire, ou si le patient pense que s'il va pas voir le prêtre, ça va pas aller etc, etc. Et, l'approche traditionnelle a quelque chose, c'est que ça permet de moins stigmatiser... Le patient qui rentre chez lui au village, on va dire que c'est les génies. En fait, on n'a pas tendance dans l'approche traditionnelle à accuser l'individu, donc ça permet à la personne de réintégrer sa communauté. Mais c'est de façon embellie, même si c'est pas toujours évident. Maintenant, dans le fond, dans le fond, on peut pas balayer du revers et puis dire ce qui croit qu'y a des envoûtements, ceux qui croit qu'y a des possessions, c'est des conneries. Pas du tout, c'est une partie d'explications possibles d'étiologie. Même si je crois pas que c'est tout le temps la possession. Faut pas tomber dans les extrêmes. Je suis pas pour ceux qui croient que tous troubles psychiatriques est lié à des possessions, à des génies. Non, je crois que parfois, bah y a des simples problèmes psychologiques. Si vous perdez votre enfant, bah vous êtes en situation de deuil, si vous

perdez votre emploi ou vous êtes en rupture sentimentale, bon ça peut arriver, vous tombez dans une dépression sans que ça soit les génies. Si vous buvez trop, vous prenez la drogue, on sait que ça agit sur les structures. Mais la possession, je crois que ça existe aussi, ça existe, voilà.

Vous travaillez avec ça ?

Dr. G. : Oui. Mais travailler avec, il faut bien entendre ce que ça veut dire concrètement. Parce que, qu'est-ce qui définit finalement la guérison, même partielle ? C'est pas uniquement nos médicaments. (Entretien avec le Dr. G. Fait en 2016)

L'extrait de l'entretien avec Nicolas est intéressant car il permet de souligner les obstacles institutionnels (il n'est pas le chef du service, le turn over important au niveau du personnel prenant en charge un même patient) et interpersonnels (il n'en discute pas avec les collègues du fait de l'appréhension de leur jugement) de la mise en place de méthodes plus « traditionnelles » dans la prise en charge des patients au sein du service. Quant à l'extrait du Dr. G., on se souvient que dans plusieurs de ses articles, il délégitimait les tradipraticiens en les qualifiant de « charlatan », de « devin » etc. Cela matérialise bien que cette « lutte » de légitimation qui est menée au niveau du champ des troubles mentaux concerne avant tout la sphère officielle : il s'agit de prouver en quelque sorte à la fois aux autres secteurs de médecine, mais aussi de façon plus large à la société, à la sphère internationale, que la psychiatrie au burkinabé est « scientifique », qu'elle suit les méthodes prescrites par les organes légitimant. Cela me fait penser à un autre extrait de l'entretien avec le Dr. G.. Il y est question de religion. Le Dr. G. n'est pas croyant, mais la nécessité d'occuper une position socialement acceptable, au niveau de la religion, fait qu'il se déclare chrétien. Nous sommes dans la même logique au niveau de la médecine. :

Vous croyez en Dieu ?

Dr. G. : Je crois, je crois en une force supérieure. Mais je crois pas du tout à un Dieu en terme d'un bonhomme assis, nan je crois pas. Mais je crois à un ordre supérieur de l'univers, qu'il est régit par des lois spirituelles. Je crois au contenu de ce que la bible, le coran enseignent. Je crois au contenu, je ne crois pas aux formes.

Vous vous rattacher à aucune religion ?

Dr. G. : Nan. Maintenant pour des convenances sociales, je me laisse étiqueter, quoi.

Etiqueté comme quoi ?

Dr. G. : Chrétien. Voilà, j'aime bien le vin, boire la bière, manger, je suis pas sûr que je sois un bon musulman. Rires. Mais je crois à une certaine morale, je suis convaincu que ce que tu fais à autrui, ça va te revenir, je suis convaincu que tout ce qu'on fait, rien n'est perdu. Mais je crois pas au fait que, nan, si tu n'as pas prié cinq fois, tu n'iras pas au paradis. Nan, si tu as des relations sexuelles avec machin avant... Nan je crois pas. (Entretien avec le Dr. G. Fait en 2016)

Ceci peut entraîner un coût psychologique chez le soignant, si ce dernier est dans une incapacité de trouver une solution, comme en témoigne Nicolas.

En tant qu'initié, ça ne vous pose aucun problème, ici de rejeter les croyances « traditionnelles » ?

Nicolas : Mais ici, je suis obligé.

Et comment vous le vivez psychologiquement ?

Nicolas : Parfois ça fait mal.

Vous avez pas peur de vous dissocier au bout d'un moment ?

Nicolas : Parfois ça fait mal. Parce que tu sépares en disant à la personne comme ça, comme ça. Je te dis quand il vient dans un centre moderne, on me parle d'une manière comme chez un tradithérapeute. Je sais pas si on se comprend.

Je pense pas.

Nicolas : Vous vous venez tout de suite en consultation, c'est une consultation moderne. (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016)

Son cas est particulier car il a été durant quatorze ans le responsable d'une unité de soins psychiatrique en Province, à Yako (110 kilomètres de Ouagadougou). Il bénéficiait ici d'une très grande souplesse dans l'organisation de son travail ainsi que pour son partenariat avec le tradithérapeute d'un village. L'organisation du service, la culture institutionnelle (dans le sens donné par Jean-Michel Eymeri, « un composé indécomposable de représentations, de croyances, de savoirs, de savoir-faire et de pratiques. »¹⁰⁸) se fait d'autant plus ressentir pour lui qu'elles entrent en contradiction avec ses socialisations professionnelles antérieures, à la différence des personnes ayant fait le début de leur carrière professionnelle dans le celui-ci :

Mais ici, jamais ?

Nicolas : Jamais. Je n'ai même pas envie de faire ça ici.

Pourquoi ?

Nicolas : Silence.

Quelles différences entre ici et la province ?

Nicolas : En province, j'étais responsable. Ici, est-ce qu'en faisant, les gens vont te croire ?

Les gens ? Les patients ?

Nicolas : Non, le personnel.

Vous ne pensez pas que les autres sont dans la même situation que vous ?

Nicolas : D'une voix très faible. Peut-être, je sais pas. (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016)

¹⁰⁸ Jean-Michel Eymeri, « Pour une sociologie politique comparée des institutions et de l'action publique » in Dreyfus Françoise, Eymeri Jean-Michel (dir), *Science politique de l'administration. Une approche comparative*, Paris, Economica, 2006, p. 269-283, cité par Emilie Biland, « Les cultures d'institutions » in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 177-192, p. 180.

De même, si je continue de m'appuyer sur ces propos et ceux de H., ce sont des choses non discutées, non partagées au sein du service. A l'image de Philippe Bezes, qui se demande si les fonctionnaires croient en leurs mythes¹⁰⁹, je me questionne sincèrement si la majorité des membres du personnel dans le service de psychiatrie où a eu lieu mon terrain, croient tellement en leurs pratiques professionnelles qu'ils sont contraints institutionnellement, idéologiquement et psychologiquement, d'appliquer?

Chacun semble adopter des solutions afin de remédier à cette dissonance cognitive, qui semble constitutive et structurelle dans leurs pratiques professionnelles, pour ceux adhérant au système symbolique de pensée adopté et pratiqué par les tradipraticiens.

Nous avons vu avec le témoignage de Nicolas, « qu'il balaie ça de la main ». Les soignants ont aussi la possibilité de l'intégrer de façon plus ou moins informelle à leur pratique :

Et vous, dans votre pratique professionnelle, vous intégrez ça ?

Mario : Oui. Moi particulièrement oui. Vous vous rappelez... Vous venez au groupe de mercredi ? (Entretien avec Mario. Fait en 2016)

Nous pouvons aussi évoquer les démissions comme solution à ces dissonances. Le parcours de Samba, est une illustration de cela. Il travailla durant plusieurs années dans le service. Ne supportant pas les différentes contraintes, notamment au niveau des initiatives personnelles et professionnelles, il a monté son centre d'aide psychologique centrée sur les relations entre parents et enfants. Le discours qu'il m'a tenu et que je n'ai pu enregistrer est empreint de référence au monde « traditionnel » et plus spécifiquement à la structure familiale « traditionnelle » au Burkina Faso, symbolisée par la famille élargie. C'est cette approche qu'il souhaite défendre au sein de son centre, selon ses dires.

Dans notre cas, la démission de plusieurs attachés de santé, ainsi que la volonté de quelques uns de changer de poste (à ma connaissance, il y en a six sur dix-neuf) représente une des conséquences du manque de réponses apportées aux dissonances cognitives. L'insatisfaction, la frustration qui peut naître de cela, provoque ce désir de changement chez des personnes qui ne sont présentes que depuis quelques années. Ainsi, Ibrahim souhaite partir dans l'enseignement, H., Mohammed, Madame G., Katia tentent le concours de conseiller de santé, et Mario a le désir de travailler dans une unité de santé mentale. N'arrivant pas à travailler comme ils le désirent, frustrés dans leurs

¹⁰⁹ Philippe Bezes, « Les hauts fonctionnaires croient-ils à leurs mythes ? L'apport des approches cognitives à l'analyse des engagements dans les politiques de réforme de l'Etat. Quelques exemples français (1988-1997). », *Revue française de science politique*, n°2, 2000, p. 307-332.

pratiques pour des raisons multiples (manque de moyens, difficultés institutionnelles de pratiquer plus en phase avec leur système de croyance, autoritarisme du chef de service etc.), la réorientation professionnelle apparaît comme une solution et un moyen d'être plus « en phase » professionnellement et personnellement.

Cependant, ces différentes difficultés quant au fait de concilier deux façon d'approcher, de percevoir et de « guérir » les trouble mentaux n'est pas présent chez tous les professionnels. Sans revenir sur le témoignage du professeur O., je pense que sa position professionnelle est claire à présent, les extraits d'entretien de Noémie et Abdel (précédemment cité en pages 106 et 107), exposent cette absence d'adhésion. Ils ne réfutent pas cependant leurs utilité dans le soins. Il est intéressant de noter que ces deux personnes ont toutes deux grandi à Ouagadougou, capitale de la ville et ont très peu, si ce n'est pour dire quasiment pas, de liens avec les villages. Ainsi, des données biographiques, spatiobiographiques viennent structurer les rapports qu'entretiennent les soignants avec la tradithérapie.

En conséquence, l'opposition entre psychiatrie moderne et tradithérapie, qui se laisse percevoir comme exclusive ne l'est pas tant que cela. La lutte n'est pas aussi frontale, et je doute qu'elle puisse l'être puisque le système de soins « traditionnel » fait appel à un système symbolique de pensées, de rapport au monde, qui va bien au-delà de la santé mentale, et de la santé. Ce système, dont nous en avons décrit brièvement quelques principes plus haut, est constitutif d'un modèle social qui englobe la vie des personnes dans son ensemble : naissance, éducation, mort, santé, sexualité. Au cours d'une discussion dans un maquis (restaurant burkinabé) un attaché de santé, m'avoue sa crainte de l'eau du fait des génies qui y vivraient. Petit, lorsqu'il prenait sa douche, il avait l'impression de sentir leur présence, et avait peur. Ou encore, je me rappelle d'une conversation à la cafétéria de la cour. Mario, Nicolas, H. et Madame G., étaient présents. Cette dernière évoquait qu'une de ses connaissances avait vu un génie. Elle précise qu'« elle n'est pas folle, que l'apparition a vraiment eu lieu ». Tous ont adhéré à ce discours, le confirmant. La précision de « elle n'est pas folle » et de l'utilisation de l'adverbe « vraiment » afin d'appuyer ses dires m'a fait rire intérieurement. Pourquoi classer la vision de ces génies perçue par ceux considérés comme « fous » comme des hallucinations ? Il serait intéressant d'avoir accès aux variables qui amène le soignant à trancher entre vision réelle et hallucination.

A partir de quel moment, et de qui, la vision devient-elle hallucination ? Le simple fait d'être amené en psychiatrie, implique-t-il que cela soit immédiatement considéré comme un délire hallucinatoire ?

Cette façon de nommer le monde, fait donc partie intégrante du professionnel, qui se « débrouille » après comme il peut dans sa pratique médicale dite moderne, pour la concilier avec la méthode rationaliste apprise lors de son parcours scolaire et universitaire.

Ainsi, la confrontation entre les deux expertises, qui peut se faire officiellement, n'est pas dans l'illustration d'une vérité totale et limpide. Elle n'est nullement le reflet des pensées des différents intervenants sur la scène de la santé mentale, chez les professionnels ou les patients. Dans notre cas, elle ne fait qu'illustrer le chemin voulu par le chef de service, chemin qui procure une légitimité au niveau international, mais aussi auprès de la population, en s'apparentant à une science neutre et objective.

2) La coopération comme résolution

Dans ce contexte là, au sein du service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, la coopération peut être appréhendée, envisagée comme une des réponses apportées à ces dissonances cognitives. Elle est, par les formations qu'elle propose, ce qui permettrait de concilier une approche institutionnalisée de la psychiatrie, reconnue comme scientifique, et une approche plus « traditionnelle » fondée sur un ordre symbolique du monde différent de celui que propose la science. Madame T. me dit ouvertement cette vision en m'affirmant au cours d'une conversation informelle, que l'approche ethnopsychiatrique proposée permet « de les réconcilier entre leurs origines de brousse et leur pratiques professionnelles » (en parlant des différents membres du corps médical). C'est aussi une façon de justifier son approche, de s'extraire d'une approche « néocolonialiste », en affirmant travailler avec les deux savoirs, et surtout, en mettant en avant l'adaptabilité au contexte socioculturel de ce qui est proposé en formation.

En proposant un schéma alternatif à une approche purement médicamenteuse, en mêlant savoirs « traditionnels » avec les connaissances médicales psychiatriques, elle constitue une solution afin de concilier « le cartésien et l'africain », en reprenant les termes de Nicolas.

La délégation des T., caractérisée par une approche ethnopsychiatrique, propose et concoure à légitimer cela, en montrant qu'une pratique hospitalière scientifique peut se servir de savoirs locaux traditionnels. La rédaction d'un mémoire anthropologique quant à une initiation Dozo suivi par Madame T., va dans ce sens¹¹⁰.

Cette approche n'est pas acceptée par tous. Par exemple, les prescriptions dans les séances d'ethnopsychiatrie, cet instant où le thérapeute demande à la personne désignée comme patient de faire un acte, acte relié à des références culturelles, devant susciter des réactions en chaîne au niveau des pensées. La prescription suscite des actes, et déclenche des schèmes de pensées, c'est-à-dire des associations d'idées, des interprétations personnelles chez le patient, qui peut déclencher des actes. L'objectif recherché est que ces actes créent du lien avec la communauté d'origine. Cela s'insère dans la volonté d'intégrer de nouveau le patient dans son environnement, de tisser des liens sociaux. Cette proposition de soins fait écho positivement chez certains, comme Nicolas, Mario ou H., mais peut aussi susciter le rire chez certains, comme en témoigne le visage ébahie de Noémie au moment des différentes séances. Voici comment Madame T. justifie le retour aux sources: « Le but c'est de ne pas ramener à la tradition, mais un mieux-aller. La première chose qu'on fait quand on traite la folie, c'est la coupure de liens sociaux ». *Extrait de mon journal de bord, lundi 8 février 2016.*

Ainsi, lors de la deuxième journée de présence des T., face à la patiente., Madame T. lui demande d'appeler sa famille paternelle, afin de faire l'acquisition d'un pagne avec lequel elle dormira la nuit. Cet acte vise à la fois à rattacher la patiente à sa famille paternelle, avec qui elle n'avait plus de liens après avoir été vendue comme servante en Algérie par une de ses tantes paternelle. Dans un second temps, il s'agit de produire, même psychologiquement, une protection symbolique au travers ce pagne, protection contre les différentes résurgences de ses traumatismes.

Face à cela, j'ai pu constater que certains attachés de santé ou docteur en spécialisation de psychiatrie, sont ébahis, ne comprennent pas. A la fin de la séance, Noémie demande des

¹¹⁰ Christine Goujard Théodore, « Objets d'initiation. Rencontre avec un chasseur Dozo : échanges d'objets et modifications des interactions », Mémoire pour le M2 d'Anthropologie, sous la direction de Monsieur le Professeur Michaël Houseman, Paris, EPHE, 2015.

explications à Madame T., et avoue ne pas comprendre la pertinence d'impliquer ainsi les origines tant familiales que culturelles de la patiente, ni la portée de la prescription. De même, Nicolas me confie avoir entendu un attaché de santé dire lors d'une séance d'ethnopsychiatrie menée par les T. : « Mais ici, nous ne sommes pas en tradithérapie ».

Mais le patient a été amené de force, il adhère pas forcément à cette explication moderne.

Nicolas : Mais est-ce qu'il va comprendre ? Silence. Lors du deuxième jour de la présence de Madame T. , avec la jeune fille. Est-ce que vous avez vu la mine de l'assemblée quand elle a dit d'aller dans la famille paternelle, d'aller chercher un pagne...

Et de dormir avec.

Nicolas : Et de dormir avec. Je sais pas si tu as regardé un peu la mine de l'assemblée.

Si. J'ai passé mon temps à observer l'assemblée.

Nicolas : A observer, oui. Les gens sont d'abord ébahis. Et ils vont se dire chacun... J'ai entendu quelqu'un chuchoter « Mais ici, nous sommes pas en tradithérapie ». J'ai entendu ça.

Un attaché de santé ?

Nicolas : Oui. Donc tu vois déjà cette difficulté. (Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Fait en 2016)

La délégation de la psychiatrie adulte n'est pas la seule à proposer une conciliation entre tradition et modernité. Les coopérants se centrant sur les thérapies familiales, proposent aussi un modèle, une méthode de travail, faisant appel à des techniques thérapeutiques où savoirs locaux et savoirs universitaires interagissent. En outre, du fait de la forte importance de la famille élargie dans le pays, cette méthode trouve un terrain fertile et intéresse fortement les différents membres du personnel. Lors d'une discussion suite à la présentation d'un patient, le psychiatre Paul, en réponse à la remarque du Dr. N. « un des problèmes de la psychiatrie ici, ce sont les explications traditionnelles. C'est limitatif », répond « Pour s'affilier à la famille, la première chose à faire, c'est de valider leur approche, d'accepter leur croyances. Je peux comprendre qu'en tant que psychiatre c'est difficile. Faire alliance avec le père, c'est adhérer à ses idées. ». Extrait de mon *journal de bord*, vendredi 11 mars 2016.

Nous pouvons supposer le fait que ces propositions de conciliation proviennent d'acteurs français, formés à l'université, concourt à légitimer cette façon de faire. En effet, le fait d'être blanc, français, présuppose un savoir scientifique. Les coopérants n'ont en quelque sorte pas besoin de prouver leur scientificité, elle est présupposée dès le départ de part leur provenance géographique. Ce qui n'est pas le cas de la connaissance des savoirs locaux. J'ai pu constater que des connaissances sur le système social traditionnel burkinabé suscite toujours une certaine stupéfaction. Je l'ai expérimenté,

notamment auprès des chauffeurs de taxi. En effet, lorsque je prenais un taxi devant l'hôpital, le conducteur supposait de suite que j'étais médecin. Plusieurs fois on me demanda des conseils médicaux quant à des problèmes rencontrés ou par le conducteur ou dans sa famille. Après avoir bien fait comprendre que je n'étais pas soignante, je m'amusais à le questionner de façon sérieuse sur ses visites auprès des tradithérapeutes. Face à cela, j'ai eu plusieurs réactions : la perplexité, le questionnement (Vous croyez à ça ?), le prêche en faveur de ce système etc.

En outre, la provenance française de technique de soins peut avoir une force légitimante. En effet, j'ai pu constater, dans l'ensemble des articles écrits par les professionnels burkinabé en psychiatrie, une référence constante faite à la France, ou de façon plus générale aux pays occidentaux¹¹¹. Si référence il y a, c'est qu'il est jugé pertinent de prendre le modèle, la situation de la France, comme point de comparaison, comme point de référence. Il y a une force symbolique qui peut être forte et qui est représenté par ces multiples références faites à la France et à la coopération au niveau notamment de documents hospitaliers. De même, cette coopération est citée dans le plan stratégique de santé mentale 2014-2018, publiée par le ministère de la santé¹¹².

Cependant, cette proposition d'approche rencontre des limites. La principale est la capacité même des attachés de santé de travailler avec ces différents savoirs, systèmes, sans avoir à se réclamer d'une approche d'ethnopsychiatrie. C'est ce qu'avance Abdel :

Et là, la coopération ne suffit pas?

Abdel : La coopération ? Quand les T. viennent et autres, qu'est-ce qu'ils font ? Ils viennent, ils parlent de l'ethnopsychiatrie, il faut que le patient reparte au village parce que sûrement y a eu un décès, que le grand-père ou l'arrière grand-père a promis quelque chose au fétiche et que ça n'a pas été respecté, qu'il faut réparer, ou je sais pas quoi. Je suis pas dans ce type de fonctionnement là. Donc ça, ça n'apporte pas grand chose. Chez nous, ça n'apporte pas grand chose. Je suis d'accord que l'ethnopsychiatrie est intéressante, c'est important pour des pays comme la France.

Et pourquoi pas pour le Burkina Faso ?

Abdel : Nan, mais chez nous, je sais pas si tu l'as remarqué, nous sommes multiculturels. C'est pas comme chez vous ici. Moi je peux mieux comprendre le français que le français peut comprendre le burkinabé, sauf si tu as une ouverture. Moi, je peux comprendre comment toi tu peux fonctionner, parce que même chez moi, y a ces différences-là. C'est vrai que chez vous, y a des différences, y a ceux du Nord, ceux du Sud, mais quand même, y a un socle qui est là. Chez nous, ce socle-là n'existe pas. Donc la manière dont fonctionne un Mossi, un gourmantché, c'est pas les mêmes référentiels. Et quand je prends en charge, moi qui suis de culture Bissa, quand je prend en charge un Mossi, je tiens compte de ça, parce que je sais qu'on fonctionne pas de la même manière. La première chose que je fais, je me renseigne sur comment il fonctionne. Mais pour ça, j'ai pas

¹¹¹ Je renvoie le lecteur à la bibliographie de ce mémoire, où sont regroupés les références des différents articles écrits par les médecins du service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo.

¹¹² A l'heure actuelle, l'adresse internet où le téléchargement du document était possible n'est plus accessible. Le lecteur trouvera donc l'ensemble de ce plan stratégique en annexe.

besoin de l'ethnospy. Je veux dire, chez nous, c'est presque inné de le faire. Mais chez vous, vous n'allez pas le faire, vous n'avez pas ce réflexe. Donc vous, vous avez plus besoin de l'ethnopsychiatrie, ça vous permet d'appréhender ce genre de phénomènes. Parfois, y a des choses que vous allez trouver aberrantes, et moi non. (Entretien avec l'attaché de santé Abdel. Fait en 2016).

Nous sommes ici confrontés à un biais central au sein de la coopération : supposer une forme d'incompétence, et donc la nécessité de former, chez les soignants. Surtout, au travers le discours d'Abdel se pose la question de la source de légitimité du savoir. En effet, doit-on être forcément originaire du lieu pour être légitime à parler et revendiquer un savoir indigène ? C'est une question de hiérarchisation des différents savoirs qui se dessinent ici car Abdel présuppose ne rien à avoir à apprendre de la part de la délégation d'ethnopsychiatrie du fait de ses origines qui lui permettraient, presque automatiquement, la maîtrise et l'articulation de savoirs de différentes natures. On peut y voir là une façon de faire valoir ses origines, ses compétences face aux délégations formées par les coopérants français, et donc une résistance face à la coopération.

Conclusion

Les recherches menées lors du terrain et en parallèle ont pour vocation de saisir la complexité d'une coopération inter-hospitalière. Objet à la fois structurant le secteur psychiatrique burkinabé, mais aussi structuré par l'investissement des soignants et le contexte socioculturel. Nous l'avons alors appréhendée sous l'angle d'une transplantation professionnelle, et plus précisément l'importation d'une spécialisation médicale, la psychiatrie. Je voulais connaître ce que la coopération provoquait en important ainsi un modèle professionnel occidental dans un contexte qui ne l'est pas. La coopération apparaît alors comme une forme de confrontation de savoirs, mais aussi un outil de légitimation professionnelle, et surtout un élément majeur dans le processus de professionnalisation de la psychiatrie au Burkina Faso.

C'est ainsi que nous avons jugé indispensable de débiter par une présentation, peut-être trop descriptive, de cette coopération, afin de saisir à la fois les conditions de son existence ainsi que ses modalités. Au-delà d'une asymétrie au niveau des moyens et des rôles de chacun, nous avons surtout constaté sa faible institutionnalisation, et par conséquent la place prépondérante de l'individu. Reposant avant tout sur les acteurs et leur engagement, elle devient ainsi plus malléable aux logiques personnelles des coopérants. La coopération s'insère donc dans un réseau d'acteurs où chacun tente de tirer « la couverture à soi » (expression du Dr. T.) sous le désir affiché d'un co-développement de la pratique psychiatrique. En cela, elle incarne le jeu des carrières professionnelles des acteurs investis. La perméabilité de ces échanges aux stratégies individuelles, ne les empêche pas de structurer le secteur psychiatrique burkinabé (et français mais dans une moindre mesure), en le modelant matériellement (les infrastructures), et professionnellement (les formations et les carrières professionnelles). Ici, l'impact de la coopération est loin d'être négligeable, car elle contribue à un réel façonnement et une coordination de ce secteur professionnel, à son extension, via l'élargissement de ses domaines d'intervention (pédopsychiatrie, addictologie, gérontopsychiatrie), et surtout à sa légitimation. C'est ainsi qu'elle contribue à la mise en place d'une véritable expertise médicale psychiatrique. Ici, il s'agit de sa force structurante.

Dans un second temps, nous avons tenté de pénétrer, de comprendre la coopération à travers les pratiques des professionnels, voir ce qu'elle modifiait ou non et dans quelle mesure. Si cette approche a été limitée par mon absence d'accès à la clinique, j'ai pu néanmoins en saisir quelques aspects. Ainsi, cette coopération constitue une véritable boîte à outil pour penser et faire (représenté par le diagnostic et la prise en charge) la psychiatrie. Cette boîte à outil a son historicité, celle de la psychiatrie française. Nous avons alors vu les limites socioculturelles mais aussi professionnelles sur sa capacité à influencer les pratiques des professionnels burkinabé. En effet, les spécificités de la patientèle, mais aussi des rapports professionnels, ainsi que les différents tabous de la société sont autant d'éléments qui constituent des résistances à la mise en oeuvre des méthodes thérapeutiques importées par les coopérants français. Parmi ces méthodes, une a retenu notre attention : celle consistant à articuler différentes natures de savoir, en l'espèce un savoir « scientifique » et un savoir « traditionnel ». En effet, nous avons constaté que l'impossibilité de mettre en oeuvre des pratiques médicales « traditionnelles » au sein d'un service universitaire (et qui est donc porteur d'une culture professionnelle liée à des pratiques médicales « scientifiques ») pouvait provoquer des dissonances cognitives parmi les soignants. L'intensité de celles-ci divergent selon la trajectoire personnelle et professionnelle de chacun. Le fait d'avoir été socialisé jeune aux « choses de la tradition », d'avoir bénéficié précédemment d'une autonomie professionnelle sont autant de facteurs renforçant les dissonances cognitives.

Il y a plusieurs conséquences à cette « impossibilité » : une insatisfaction professionnelle et personnelle pouvant amener à la démission, ou bien encore l'action dans l'informel. Face à cela, les coopérants français, et plus particulièrement les délégations consacrées à la thérapie familiale et à la psychiatrie adulte, proposent une méthodologie pouvant allier savoir « traditionnel » et « savoir scientifique ». Ils insistent en effet sur la nécessité de travailler avec les savoir locaux et les croyances apportées par le patient et sa famille. En instaurant le savoir « traditionnel » sur le même plan que le savoir « scientifique », ils mettent en place une coexistence entre des savoirs de nature différente, dépassant ainsi l'opposition et la hiérarchie classiquement fait entre ces deux approches du monde. Cependant, c'est une démarche qui est loin de séduire et de s'imposer facilement (que ce soit en France, où l'ethnopsychiatrie est sujet à de nombreuses critiques ou au Burkina Faso). Elle se confronte, au niveau du service de psychiatrie burkinabé à des résistances personnelles, que les acteurs justifient notamment sur une maîtrise « innée » de cette articulation, du fait de leur indigénéité. Ou encore des résistances institutionnelles, nées des contraintes et de la nécessité de

construire et de légitimer sa position professionnelle selon un modèle type, celui de la science médicale moderne. En outre, le service de psychiatrie étudié se situe au sein d'un centre universitaire, ce qui vient renforcer la nécessité de s'inscrire dans une démarche scientifique positiviste et d'incorporer le modèle l'accompagnant, le milieu universitaire étant un des principaux relais de transmission de cette « scientificité » occidentale.

Ce sont autant de variables que n'ignorent pas les coopérants français. Ainsi ont-ils connaissance de des limites de leur intervention. Le relatif impact constaté par ceux-ci, les amènent peu à peu à vouloir se désengager de la coopération. De plus, la coopération « s'impose » aux soignants burkinabé, qui par le fait même de travailler au sein du service du CHU, s'y voit intégrer automatiquement en tant que coopérant, et ce indifféremment de leur volonté (bien que la nécessité de participer soit très peu contraignante), pouvant alors limiter leur engagement.

Ainsi, cette recherche nous amène à nous interroger sur la nature des savoirs et techniques transmis entre les deux hôpitaux, ainsi que sur les conditions de faisabilité. Comme le souligne Isabelle Gobatto : « A force de considérer le métier de médecin comme la simple application de connaissances acquises et de techniques disponibles, les organismes qui prennent part à l'élaboration des politiques sanitaires s'ôtent les moyens de saisir les difficultés liées à tout projet de transfert du Nord vers le Sud qui, parallèlement à des implantations techniques, sont toujours des 'chirurgies sociales' »¹¹³.

¹¹³ Isabelle Gobatto, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 293.

Bibliographie

Sociologie politique

Ouvrages :

- Biland Emilie, « Les cultures d'institution », in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir) *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 177-192.
- Elias Norbert, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Pocket, 1975.
- François Pierre, *Le monde de la musique ancienne. Sociologie économique d'une innovation esthétique*, Paris, Economica, 2005.
- Gabas Jean-Jacques, *Nord-Sud : L'impossible coopération ?*, Paris, Les presses de Science Po, 2002.
- Gaïti Brigitte, « Entre les faits et les choses. La double face de la sociologie politique des institutions », in Antonin Cohen et al., *Les formes de l'activité politique*, PUF, 2006, p. 39-64.
- Granovette Marc, *Le marché autrement. Les réseaux dans l'économie*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000.
- Lagroye Jacques, Offerlé Michel, « Pour une sociologie des institutions », in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir) *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 11-29.
- Meimon Julien, « Sur le fil. La naissance d'une institution », in Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir) *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 105-129.
- Méon Jean-Matthieu, « L'observation directe comme méthode pour la sociologie des institutions. A propos d'une enquête au conseil supérieur de l'audiovisuel », in Antonin Cohen et al., *Les formes de l'activité politique*, PUF, 2006, p. 143-161.
- Ridde Valéry, *Equité et mise à l'épreuve des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, 2007.
- Rist Gilbert, *Le développement : Histoire d'une croyance occidentale*, 3ème ed., Paris, Les presses de Science Po, 2007.
- Sen Amartya, *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000.

Articles :

- Ballet Jérôme et Brahim Jiddou Fah Ould, « L'accès au système de santé en Mauritanie : problèmes de capacités et défis institutionnels. », *Mondes en développement*, 2005/3, n°131, P; 87-97.
- Belorgey Nicolas, « De l'hôpital à l'Etat : le regard ethnographique au chevet de l'action publique. », *Gouvernement et action publique*, 2012/2, n°2, p. 9-40.
- Bezes Philippe, « Les hauts fonctionnaires croient-ils à leurs mythes ? L'apport des approches chauvines à l'analyse des engagements dans les politiques de réforme de l'Etat. Quelques exemples français (1988-1997). », *Revue française de science politique*, n°2, 2000, p. 307-332.
- Biadi-Imhof Anne, « La santé mentale dans les rapports Nord-Sud. Présentation : contexte et enjeux. », *Revue Tiers Monde*, 2006/3, n°187, p.485-508.

- Bourdieu Pierre, « Le capital social », *Actes de la recherche en sciences sociales*, janvier 1980, Vol. 31, p. 2-3.
- Carrino Lucien, « Santé mentale, coopération et développement au-delà des techniques d'importation dans l'aide humanitaire : l'expérience du Prodere. », *Revue Tiers Monde*, 2006/3, n°187, p.509-525.
- Codaccioni et al., « Les façades institutionnelles : ce que montrent les apparences des institutions. Introduction. », *Sociétés contemporaines*, 2012/4, n°88, p.5-15.
- David Paul A., Zeitlin Edit, « Comprendre les aspect économiques de QWERTY : la contrainte de l'histoire. » *Réseaux*, 1998, volume 16, n°87, p. 9-21.
- Dubois Vincent, *Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'Etat social au prisme de l'enquête de terrain.* », *Gouvernement et action publique*, 2012/1, n°1, p. 83-101.
- Girard Violaine, « Des classes populaires (encore) mobilisées ? Sociabilité et engagements municipaux dans une commune périurbaine » *Espaces et sociétés*, 2014, n°156-157, p. 109-124
- Granovetter Mark S., « The strength of weak ties. », *American Journal of Sociology*, mai 1973, Volume 78, p. 1360-2380.
- Hamdouch Abdelillah et Depret Marc-Hubert, « Carences institutionnelles et rationnement de l'accès à la santé dans les pays en développement : repères et enjeux.», *Mondes en développement*, 2005/3, n°131, p.11-28.
- Jacques Lagroye, « On ne subit pas son rôle », *Politix*, Vol 10, n°38, 1997, p.7-17.
- Marzano, « Foucault et la santé publique. », *Les tribunes de la Santé*, 2011/4, n°33, p.39-43.
- Muller Pierre, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. », *Revue française de science politique*, n°2, 2000, p. 189-208.
- Palier Bruno, Surel Yves, « Les 'trois I' et l'analyse de l'Etat en action. », *Revue française de science politique*, 2005/1, vol. 55, p. 7-32.
- Renahy Nicolas, « Classes populaires et capital d'autochtone. Genèse et usages d'une notion », *Regards sociologiques*, 2010, n°40, p.9-26.
- Souami Taoufik, « Liens interpersonnels et circulation des idées en urbanisme. L'exemple des interventions de l'IAURIF au Caire et à Beyrouth », *Géocarrefour*, 2005/3, Vol.80, p.236-247.
- Trompette Pascale, Vinck Dominique, « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2009/1, vol. 3, n°1, p. 5-27, p. 8.

Thèse :

- Meimon Julien, « En quête de légitimité. Le ministère de la Coopération (1959-1999) », Thèse pour le doctorat en Science Politique, sous la direction de Madame la Professeure Johanna Siméant, Lille, Université Lille 2, 2005.
- Paternotte Cédric, « Coopération et actions collectives », Thèse pour le doctorat en Philosophie, sous la direction de Monsieur le Professeur Jacques Dubucs, Paris, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2007.

Mémoire :

- Myriam Ahnich, « Le couloir des 'exilés mentaux'. La gestion de l'utilisateur français 'sans solution' au-delà des frontières », Mémoire pour le M2 en Science Politique, sous la direction de Madame la Professeur Pascale Laborier, Nanterre, Université Paris-Ouest-Nanterre-La-Défense, 2015.

- Pauline Aimard, « La coopération inter-hospitalière, un nouvel élan pour la psychiatrie ? Etude de cas : la coopération entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou ». Mémoire en vue de la validation d'un Master 2 de Science Politique, dirigé par Monsieur le professeur Yves Viltard, Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2014.
- Emmanuel Penloup, « L'architecture des lieux de santé et la prise ne compte des besoins des usagers. Observation du service de soins de Suite et Réadaptation de l'hôpital Rothschild à Paris », Mémoire pour le M2 en Architecture, sous la direction de Monsieur le Professeur Bruno Poth, Normandie, Ecole nationale supérieure d'architecture de Normandie, 2014.

Sciences « modernes » et sciences « traditionnelles »

Ouvrages :

- Favret-Saada Jeanne, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard, 1977.
- Favret-Saada Jeanne, *Désorceler*, Paris, Editions de l'Olivier, 2009.
- Mauss Marcel, « Esquisse d'une théorie générale de la magie », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.
- Stengers Isabelle, *L'invention des sciences modernes*, Paris, Flammarion, 1995.

Articles :

- Dores M., « A propos de l'intervention d'un médecin au cours d'un traitement traditionnel à Bangou », *Psychopathologie africaine*, 1971/1, vol. 7, p 101-111.
- Ellenberger H;-F., « Impressions psychiatriques d'un séjour à Dakar », *Psychopathologie africaine*, 1968/4, n°3, p. 469-480.
- Makang Ma Mbog Mathias, « Essai de compréhension de la dynamique des psychothérapies africaines traditionnelles », *Psychopathologie africaine*, 1969/3; vol.5, p.303-354.
- de Preneuf Chantal, « L'homme qui fait pleurer les arbres », *Psychopathologie africaine*, 1969/3, vol.5, p. 395-459.
- Schurmans D. et al., « Significations psychodynamiques et fonctions culturelles des interprétations traditionnelles wolof des maladies mentales. », *Psychopathologie africaine*, 1971/1, vol. 7, p. 57-100.

Sociologie des professions :

Ouvrages :

- Bourdieu Pierre, *Les règles de l'art : genèse et structure du champ littéraire*, Paris Seuil, 1992.
- Cambrosio et al., « Objectivité régulatoire et systèmes de preuves en médecine : la cas de la cancérologie », in Virginie Tournay, *La gouvernance des innovations médicales*, PUF, 2007, p. 155-175.
- Dodier Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.
- Dodier Nicolas, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », in Virginie Tournay, *La gouvernance des innovations médicales*, PUF, 2007, p. 127-154.
- Gobatto Isabelle, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999.

Articles :

- Astier Philippe, « La professionnalisation comme intention, comme processus et comme légitimation », *Savoirs*, 2008/2, n°17, p.63-69.
- Bessières Dominique, « La quête de professionnalisation des communicateurs publics : entre difficulté et stratégie », *Revue française de sciences sociales*, 2009/4, n°108, p. 39-52.
- Boltanski Luc, « L'espace positionne : multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe. », *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1? p. 3-26.
- Bourdieu Pierre, « Le champ littéraire. », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, vol.89, septembre 1991, p.3-46.
- Bourdieu Pierre, « Esprits d'Etat. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 96-97, mars 1993, p. 49-62.
- Bourdieu Pierre, « Genèse et structure du champ religieux. », *Revue française de sociologie*, 1971, 12-3, p. 295-334.
- Champy-Remoussenard Patricia, « Incontournable professionnalisation », *Savoirs*, 2008/2, n°17, p.51-61.
- Corteel Delphine, Péliasse Jérôme, Walter Emmanuelle, « Professionnalisations problématiques », *Revue française de sciences sociales*, 2009/4, n°108, p. 5-8.
- Gobatto Isabelle, Lafaye Françoise, « De l'art d'accommoder le modèle biomédical ou comment rendre 'convenables' et 'recevables' des protocoles de prévention à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences sociales et santé*, 2007/3, vol. 25, p. 5-29.
- Lenoir Rémy, « L'Etat selon Pierre Bourdieu. », *Sociétés contemporaines*, 2012/3, n°87, p. 123-154.
- Demazière Didier, « Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation », *Revue française de sciences sociales*, 2009/9, n°108, p. 83-90.
- Hébrard Pierre, « L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui », *Les sciences de l'éducation - Pour l'ère nouvelle*, 2011/2, vol. 44, p. 103-121.
- Ogorzelec Laetitia, « L'évolution de l'expertise médicale des guérisons de Lourdes au regard de la 'conversation de gestes'. », *Archives de sciences sociales des religions*, , Avril-Juin 2014, n°166, p. 221-241.

- Tournay Virginie, « Chirurgie et génétique médicale. Un même style de standardisation pour produire l'objectivité médicale », in Virginie Tournay, *La gouvernance des innovations médicales*, PUF, 2007, p.277-283.
- Vezinat Nadège, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy. » (2009), *Sociologie*, 2010/3, vol. 1, p. 413-20.

Sociologie de la santé mentale et pratiques psychiatriques

Ouvrages :

- Castel Robert, *L'ordre psychiatrique*, Paris, Les Editions de Minuit, 1977.
- Castel Robert, *La gestion des risques*, Paris, Les Editions de Minuit, 1981.
- Demailly Lise, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, 2011.
- Ehrenberg Alain, *La fatigue d'être soi- dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- Ehrenberg Alain, Lovell Anne M. (sous la dir.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- Foucault Michel et al., *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère... Un cas de parricide au XIXe siècle*, Paris, Folio, 1973.
- Foucault Michel, *Le pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Hautes Etudes, 2003.
- Goffman Erving, *Asiles, Etude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les éditions de Minuit, 1968.
- Erving Goffman, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975.
- Hacking Ian, *L'âme réécrite. Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1998.
- Hacking Ian, *Les fous voyageurs*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2002.
- Swain Gladys, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994.

Articles :

- Advenier Frédéric, Kapsambelis Vassilis, « Le diagnostic psychiatrique à l'ère de la médecine industrielle », *Tropique*, 2013/2, n°123, p.7-22.
- Arcabel, « Pour mon bien », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.101-112.
- Biadi-Imhof Anne, « Rencontre avec Pierrette Soumbou », *Revue Tiers Monde*, 2006/3, n°187, p. 565-580.
- Bogaert Eric, « Le diagnostic est une écriture », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.43-45.
- Christaki Angélique, « Outils diagnostiques dans le monde co,temporain », *Tropique*, 2013/2, n°123, p.139-151.
- Daniel Thierry, « L'approche médicale des troubles mentaux », *Le Sociographe*, 2013/2, n°42, p. 21-31.
- Drossart Francis, « Suspendre le DSM », *Tropique*, 2013/2, n°123, p.65-70.
- Gekiere Claire, « Valeur marchande du diagnostic », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.29-36.

- Gombri Patrice et al., « Déterminants socio-économiques et culturels de l'errance des malades mentaux en zone urbaine au Burkina Faso. Exemple de la ville de Ouahigouya. », *Perspectives Psy*, 2015/4, vol. 54, p.367-373.
- Gouzvinski Françoise, « Jacques à dit 'agnostique'! », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.47-53.
- Jandrok Thierry, « Le point aveugle », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.11-22.
- Janody Patricia, « Le diagnostic ou la mort », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.23-28.
- Jovelet Georges, « L'ordre psychiatrique est-il scientifique, politique, moral ou éthique ? », *L'information psychiatrique*, 2009/7, vol.85, p.597-604.
- Karfo Kapouné et al., « Aspects psychopathologiques de la dépression du sujet âgé en milieu africain au Burkina Faso. », *Perspectives Psy*, 2007/2, vol. 46, p. 159-164.
- Karfo Kapouné et al., « Les parents d'enfants épileptiques en milieu ougandais : croyances, attitudes et pratiques. », *Perspectives Psy*, 2007/4, vol. 46, p.321-328.
- Karfo Kapouné et al., « Aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression chez la femme au CHU Salgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. », *Perspectives psy*, 2009/4, vol.48, p. 342-347.
- Karfo Kapouné et al., « Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la dépression chez l'homme au Burkina Faso. », *Perspectives Psy*, 2015/4, vol. 54, p. 359-366.
- Lantéri-Laura Georges, « Histoire de l'institution psychiatrique », *Sciences Humaines*, mars 2004, n°147, p-22-25.
- Minard Michel, « Des seaux et des balais », *Sud/Nord*, 2009/1, n°24, p.95-100.
- Morel Alain, « L'addictologie : croyance ou révolution ? », *Psychotropes*, 2006/3, vol. 12, p 21-40.
- Ouédraogo Arouna, Welniarz Bertrand, « Avant-propos : Aspects culturels de la psychiatrie en Afrique de l'Ouest -1ère partie : clinique. », *Perspectives Psy*, 2007/2, vol.46, p.151-152.
- Ouédraogo Arouna et al., « Tentatives de suicide à répétition et dépression chez l'adulte jeune- Etude sur un cas clinique à Ouagadougou au Burkina Faso. », *Perspectives Psy*, 2007/2, vol. 46, p. 173-180.
- Ouédraogo Arouna, Welniarz Bertrand, « Avant-propos : Aspects culturels de la psychiatrie en Afrique de l'Ouest- 2ème partie : psychiatrie infanto-juvénile. », *Perspectives Psy*, 2007/4, vol. 46, p. 319-320.
- Ouédraogo Arouna et al., « L'histoire de Salamata ou l'impact psychopathologie d'un mariage précoce. », *Perspectives Psy*, 2007/4, vol. 46, p. 349-353.
- Ouédraogo Arouna, Welniarz Bertrand, « Aspects culturels de la psychiatrie en Afrique de l'Ouest- 3ème partie : Thérapeutique. », *Perspectives Psy*, 2008/1, vol. 47, p. 45-46.
- Ouédraogo Arouna, Welniarz Bertrand, « Avant-Propos : aspects culturels de la psychiatrie en Afrique de l'Ouest-4ème partie : psychiatrie périnatale. », *Perspectives Psy*, 2008/2, vol. 47, p. 117-118.
- Ouédraogo Arouna, « Souffrances psychiques féminines : clinique et épidémiologie en Afrique de l'Ouest. », *Perspectives Psy*, 2009/4, vol.48, p.322-322.
- Senon Jean-Louis, « La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. », *L'information psychiatrique*, 2012/6, vol. 88, p. 407-414.
- Valleur Marc, « Définir l'addiction : question épistémologique, conséquences politiques », Publications de l'hôpital de Marmottan, 2012, p. 1-19.

Thèse :

- Delphine Moreau, « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile », Thèse pour le doctorat en Sociologie, sous la direction de Monsieur le Professeur Nicolas Dodier, Paris, EHESS, 2015.

Rapports institutionnels :

- Fédération française d'addictologie, *Présentation*. Repéré à : http://www.addictologie.org/spip.php?page=federation&id_rubrique=2
- Institut fédératif des addictions comportementales, *Les dépendances sportives*. Repéré à : <http://www.ifac-addictions.fr/les-dependances-sportives.html>
- Organisation Mondiale de la Santé, *Guide d'intervention mhGAP, pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*. Repéré à : http://www.who.int/publications/guidelines/mhGAP_intervention_guide/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé, *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*. Repéré à : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/fr/
- Ministère de la Santé du Burkina Faso, *Plan stratégique de santé mentale 2014-2018*, publié en décembre 2013.

Ethnopsychiatrie

Ouvrages :

- Aouattah Ali, *Ethnopsychiatrie Maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- Devereux Georges, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, 3ème ed., Paris, Gallimard, 1977.
- Devereux Georges, *Psychothérapie d'un indien des plaines : réalités et rêves*, Paris Fayard, 1951.
- Stengers Isabelle, Nathan Tobie, *Médecins et sorciers*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1995.

Articles :

- Aubrée Marion, « Brésil: santé mentale et sphère magico-religieuse. », *Revue Tiers Monde*, 2006/3, n°187, p.547-556.
- Boussat Stéphane, Boussat Michel, « A propos de Henri Collomb (1913-1979) : de la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières », *L'Autre*, 2002/3, Vol. 3, p. 405-424.
- Collomb Henri, « L'avenir de la psychiatrie en Afrique », *Psychopathologie africaine*, 1973/3, vol.9, p. 343-370.

- Fassin Didier « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, 1999, n°35, p. 146-171.
- Fassin Didier, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, janvier-mars 2000, n°153, p. 231-250.
- Thomas L.V., « Société africaine et santé mentale », *Psychopathologie africaine*, 1969/3, vol.5, p. 355-394.

Anthropologie

Ouvrages :

- Bonnet Doris, *Corps biologique, corps social : procréation et maladie de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, IRD Orstom, 1988.
- Bonte Pierre et Izard Michel, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, 4ème Ed., Paris, PUF, 2010.
- Meunier Aude, *Système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- Wacquant Loïc, *Corps et âme. Carnet ethnographique d'un apprenti boxeur*, 2ème édition, Paris, Agone, 2002.

Articles :

- Abou Napon, « Aspects linguistiques et sociolinguistique de l'alliance à plaisanterie entre quelques groupes ethniques en milieu urbain. », *Annales de la Faculté des lettres, langues, arts et sciences humaines de Bamako*, 2006.
- Diallo Youssouf, « Identités et relations de plaisanterie chez les Peuls de l'Ouest du Burkina Faso. », *Cahiers d'études africaines*, 2006/4, n°184, p. 779-794.
- Fouéré Marie-Aude, « L'africanité à travers le prisme des relations à plaisanterie. Etude d'un essentialisme au long cours. », *Cahiers d'études africaines*, 2006/4, n°184, p. 987-1012.
- Gobatto Isabelle, Lafaye Françoise, « De l'art d'accommoder le modèle biomédical ou comment rendre 'convenables' et 'recevables' des protocoles de prévention à Abidjan (Côte d'Ivoire), *Sciences sociales et santé*, 2007/3, vol.25, p.5-29.
- Hagberg Sten, « Bobo buveurs, Yarse colporteurs. Parenté à plaisanterie dans le débat public burkinabé. », *Cahiers d'études africaines*, 2006/4, n°184, p. 861-881.
- Jaffré Yannick, « Le service de santé 'pour de vrai'. Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey). », *Bulletin de l'APAD*, 1999, n°17.
- Nikiema Aude, « Approche spatiale d'un centre hospitalier, le CHU pédiatrique de Ouagadougou (Burkina Faso) », *EchoGéo*, octobre-décembre 2014, n°30, p. 1-13.
- Nyamba André, « Les relations de plaisanteries au Burkina Faso. Un mode de communication pour la paix sociale », *Communication*, 2001, vol. 21, p. 119-140.

Mémoire :

- Christine Goujard Théodore, « Objets d'initiation. Rencontre avec un chasseur Dozo : échanges d'objets et modifications des interactions », Mémoire pour le M2 d'Anthropologie, sous la direction de Monsieur le Professeur Michaël Houseman, Paris, EPHE, 2015.

Sciences Sociales :

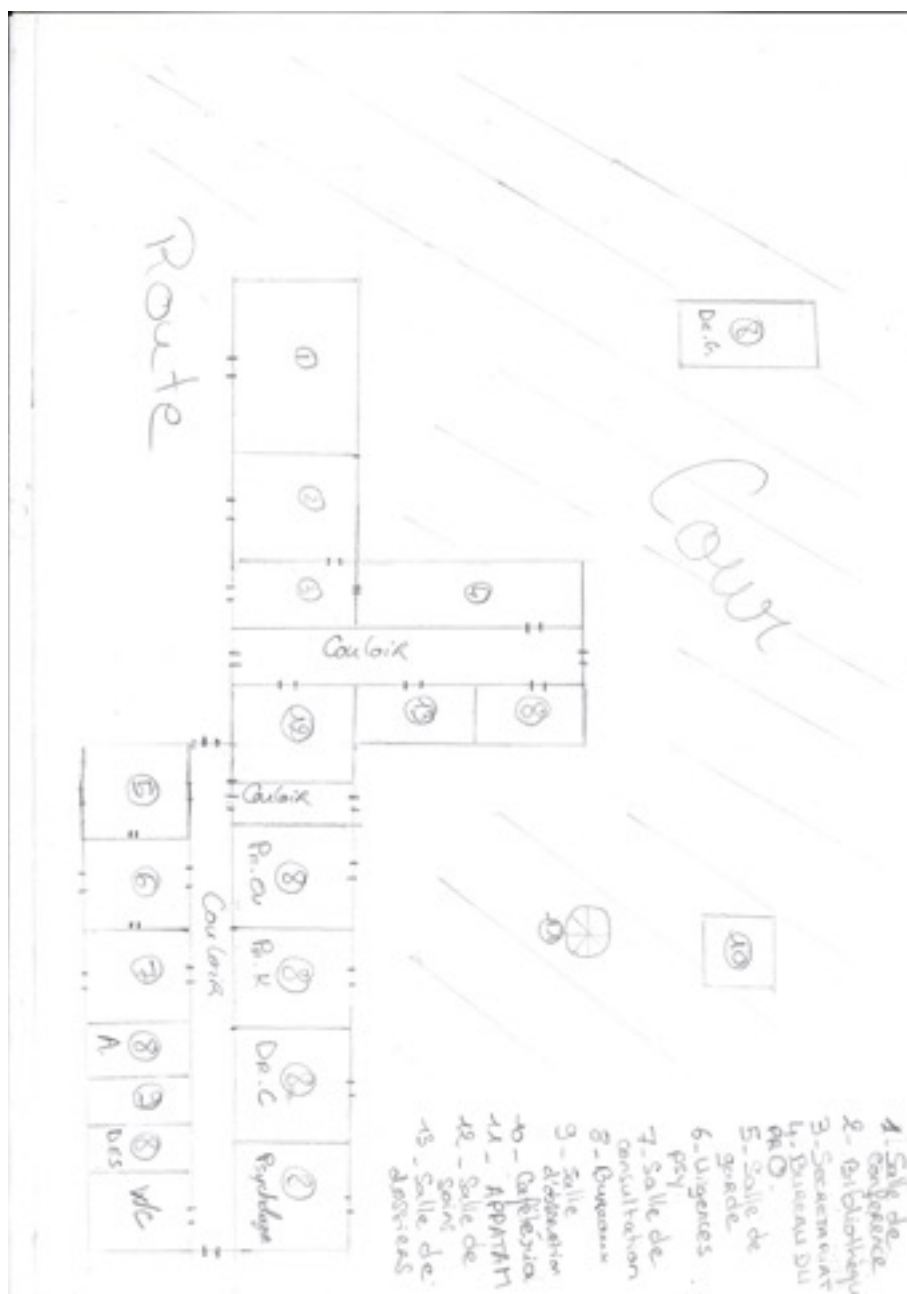
Ouvrages :

- Austin John Langshaw, *Quand dire c'est faire*, Paris, Seuil, 1970.
- Becker Howard Samuel, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Editions A.-M. Métailié, 1963.
- Eloi Laurent, *Economie de la confiance*, Paris, La Découverte, 2012.
- Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Paris, Editions de Minuit, 1973.
- Legendre Pierre, *Tour du monde des concepts*, Paris, Fayard, 2013.
- Plaisance Eric, Vergnaud Gérard, *Les sciences de l'éducation*, 3ème ed., Paris, La Découverte, 2001.

Annexes

Plans des services de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie

Plan du service de psychiatrie adulte



Plan du service de pédopsychiatrie



Photos



La façade du service de psychiatrie adulte.





En haut : l'accueil des urgences psychiatriques. En bas : couloir avec les bureaux des professeur Ou. et K., du psychologue, des DES, une salle d'observation et au fond, les toilettes.





La salle de garde des attachés de santé. Véritable lieu de vie et de convivialité où se retrouvent principalement les attachés de santé.





En haut : au fond à gauche de la cour, la cafétéria de Biba. En bas : la cuisine de Biba.





Un haut : une partie de la cour d'hospitalisation. Les case sont les chambres des patients.
En bas : l'appatam, abri contre le soleil, lieu de sieste, de réunion professionnelle aussi (le mercredi).





En haut et en bas : bureau des médecins C., du psychologue (il y a deux entrées : une donnant sur le couloir et la seconde dans la cour) et des professeurs Ou. et K (deux entrées aussi). Nous percevons aussi les lieux d'attente des patients.





En haut en en bas : la façade du service de pédopsychiatrie. Il se situe à une centaine de mètres du service adulte. En bas à droite, nous pouvons percevoir un mur en béton gris ou sèche du linge. De l'autre côté du mur, c'est la cour d'hospitalisation en psychiatrie adulte.





En haut : la cuisine est la salle de convivialité en pédopsychiatrie. En bas : la bibliothèque.



Textes de la coopération

 CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso	CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION	 Ville-Evrard Département de la Seine-Saint-Denis
	2013 - 2017	EPS VILLE-EVRARD Neuilly-sur-Marne France

CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION

2013 – 2017

« Partager pour améliorer les soins »

 CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso	CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION	 Ville-Evrard Neuilly-sur-Marne France
	2013 -2017	EPS VILLE-EVRARD Neuilly-sur-Marne France

ENTRE LES SOUSSIGNÉS :

L'Établissement Public de Santé de VILLE - ÉVRARD
 202 avenue Jean Jaurès, 93332 NEULLY-SUR-MARNE (FRANCE)

Représenté par Madame Zaynab RIET, Directrice Générale,

D'UNE PART,

ET

Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
 03 BP 7022, OUAGADOUGOU 03 (BURKINA FASO)

Représenté par Monsieur B. Robert SANGARE, Directeur Général,

D'AUTRE PART,

VU l'article L. 6143-1 et R. 6134-1 et suivants du Code de la Santé Publique
 VU la loi Burkinabé du 18 mai 1998 n° 034/98/AN portant loi hospitalière notamment à son article 15.

IL A ÉTÉ CONVENU ET ARRÊTÉ CE QUI SUIT :

PREAMBULE : la présente convention s'inscrit en droite ligne des actions de jumelage de coopération existant entre les deux établissements depuis 1995. Elle traduit la volonté des deux établissements d'ouvrir dans le cadre d'une coopération décentralisée mutuellement avantageuse et respectueuse des lois et règlements en vigueur dans chaque pays.

Article 1 : Objet

Cette convention couvre les domaines suivants :

- Actions dans le domaine médical
- Actions dans le domaine paramédical
- Actions dans le domaine pharmaceutique
- Actions dans le domaine du management
- Actions dans le domaine technique
- Actions organisationnelles

Ces actions se situent dans le domaine de la recherche de la formation et du soutien organisationnel. Chacun des établissements est conscient de l'aspect d'un enrichissement mutuel des pratiques destinées à améliorer les prestations proposées au public.

Article 2 : Enseignement et formation

La formation des professionnels hospitaliers est assurée au Burkina Faso ou en France, de manière continue ou initiale et éventuellement à distance, grâce aux nouveaux moyens de communication.

Il est convenu que les actions de formation des personnels peuvent revêtir plusieurs formes :

- Accueil à l'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard de stagiaires du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ;
- Accueil au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de stagiaires de l'EPS de Ville-Evrard désirant se familiariser avec un contexte sanitaire différent ;
- Des missions au Burkina Faso effectuées par des cadres médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques de l'EPS de Ville-Evrard à visée de formation initiale et continue, des personnels du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.
- L'organisation conjointe au Burkina Faso ou dans la sous-région d'ateliers de formation, de colloques ou toutes autres rencontres à caractère scientifique.
- Accueil à l'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard, de personnels et d'étudiants de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé de Ouagadougou inscrits au DES de Psychiatrie et désireux d'approfondir leur formation théorique et pratique au cours de leur stage à l'étranger.
- Les thèmes de formation sont définis dans les plans d'actions triennaux.

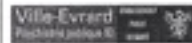
Élaboré : Monsieur René Tognin - DCP - Responsable communication culture et coopération - EPS de Ville-Evrard
 Validé : Monsieur B. Robert SANGARE - Directeur général CHU-OU - Madame Zaynab RIET - Directrice générale de l'EPS de Ville-Evrard



CHU Yalgado Ouédraogo
Ouagadougou
Burkina Faso

CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION

2013 -2017



EPS VILLE-EVRARD
Neuilly-sur-Marne
France

Article 3 : Appui administratif, logistique et technique

L'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard, dans le cadre de cette coopération, apportera sa contribution à l'amélioration du fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, notamment dans les domaines suivants :

- Appui à la mise en œuvre du projet d'établissement,
- Appui en management,
- Appui en documents et matériels pédagogiques,
- Appui dans les domaines des technologies de l'information et de la communication,
- Appui logistique, en médicaments et consommables biomédicaux.

La nature des appuis sont précisés dans le cadre des plans d'actions triennaux.

Article 4 : Comité de pilotage

Chaque établissement organise un comité de pilotage de la coopération ouvert aux composantes professionnelles et institutionnelles de chacun des deux établissements. Le directeur de chaque établissement désigne un représentant de la communauté médicale et un cadre administratif en charge d'être les référents dans chaque établissement pour la préparation des différentes actions de coopération. Le comité est chargé de réfléchir et de prioriser des actions qui pourront être inscrites au plan d'action annuel.

Article 5 : Plan d'action annuel

Les missions de formation ou d'appui au Burkina Faso, de même que l'organisation des stages en France ou au Burkina Faso, en application de l'article 2 de la présente convention, sont inscrites dans les plans d'actions, faisant partie intégrante de la présente convention. Ce plan d'actions définit les objectifs proposés par les comités de pilotage et fixe de manière précise la liste des actions à entreprendre et des personnes concernées.

Ce plan d'actions est arrêté de façon commune par les deux parties au terme d'une rencontre annuelle qui réunit les responsables des deux établissements de la convention et qui peut avoir lieu alternativement en France et au Burkina Faso. Le plan d'actions annuel fait l'objet d'un chiffrage dans le cadre d'une annexe financière faisant état d'un budget prévisionnel identifié dans les comptes de chacun des établissements.

Article 6 : Evaluation

Un rapport est établi par le chef de mission à l'issue de chacune des actions. L'ensemble de ces rapports fait l'objet d'un document de synthèse qui sert à l'évaluation annuelle du plan d'action mené par les parties.

Cette évaluation annuelle se tient à l'occasion de la rencontre en vue de la signature des plans d'action de l'année à venir.

Article 7 : Organisation des stages

La planification des stages est définie dans le plan d'actions triennal.

La nature, le contenu et le but des stages sont définis en concertation avec les parties concernées.

Les modalités d'organisation des stages sont définies au cas par cas, chaque partie prend en charge les frais de transport et de séjour de ses propres personnels ;

Chaque partie offre dans la limite de ses possibilités l'hébergement aux personnels de l'autre partie.

Tout cela peut être précisé dans les conventions de certains stages formalisés par un échange de courriers en fonction des catégories de personnels et prévus au moins deux mois à l'avance.

A l'issue de tout stage, l'établissement d'accueil remettra au stagiaire une attestation de stage.

 CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso	CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION	 Ville-Evrard Neully-sur-Mame France
	2013 -2017	EPS VILLE-EVRARD Neully-sur-Mame France

Article 8 : Organisation des séjours

Lorsqu'un personnel d'un établissement se rend dans l'hôpital jumelé dans le cadre d'une des actions arrêtées par le Comité de jumelage et inscrite au plan d'actions annuel, il se doit de respecter le règlement intérieur de l'établissement d'accueil. En cas de manquement grave, chaque directeur est tenu d'aviser son homologue dans les meilleurs délais. La question du rapatriement sanitaire et de corps demeure de la responsabilité de l'établissement d'origine en fonction des réglementations en vigueur.

Article 9 : Transmission

Dès signature par les parties, un exemplaire de la présente convention sera transmis aux Ministères en charge des Affaires Etrangères, de la Coopération et de la Santé du Burkina Faso, aux Ministères en charge des Affaires Etrangères, de la Coopération et de la Santé de la France.

Article 10 : Durée

La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans. Elle devra être révisée à l'issue de cette période. La résiliation pourra intervenir sur l'initiative de chacune des parties, sous réserve du respect des actions engagées dans le cadre du plan d'actions biennal.

Article 11 : Modifications

La présente convention pourra être modifiée par accord des parties par un avenant approuvé dans les mêmes formes que la présente convention.

Fait à Neully-sur-Mame, le 24 janvier 2013
en 6 exemplaires

Pour l'Etablissement Public de Santé
de VILLE-EVRARD

Madame Le Directrice Générale



Monsieur Le Président de



Dr Didier BOILLET



Pour le Centre Hospitalier Universitaire
Yalgado Ouedraogo

Monsieur Le Directeur


M. Robert SANGARE



Monsieur Le Président de la CME



Dr Kampadilemba OJORA



Edacteur : Monsieur René Sapin - DCPC - Responsable communication culture et coopération EPS de Ville-Evrard
Validé par : Monsieur R. Robert SANGARE - Directeur général CHU-YO - Madame Zeynab KET - Directrice générale de l'EPS de Ville-Evrard

 <p>CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso</p>	<p>Annexe à la convention de jumelage et de coopération 2016 -2018</p>	 <p>EPS VILLE-ERVARD Neuilly-sur-Seine France</p>
---	--	--

Plan d'action triennal 2016 - 2018

Coopération inter hospitalière
Partager pour améliorer les soins

Janvier 2016

Modèle : Site Web - Bureau Officiel de l'Etat - 100 rue de la République - 92000 Nanterre - France - Tél : 01 47 37 70 00 - Fax : 01 47 37 70 01
Modèle : Site Web - Bureau Officiel de l'Etat - 100 rue de la République - 92000 Nanterre - France - Tél : 01 47 37 70 00 - Fax : 01 47 37 70 01

Ann 5- Participer à la formation initiale et continue des équipes hospitalières du CHU-YO de Ouagadougou

OBJECTIFS	ACTIVITES	PROGRIAMMATION	LEBU
OS1 Améliorer l'offre de soins psychiatriques			
OS 1 Assurer l'acquisition des compétences et la formation continue en pédagogie en psychiatrie	A1 Assurer la formation continue en pédagogie et psychiatrie générale d'un attaché de santé ou d'une psychologue	Années 2016, 2017, 2018 : Stage de 3 mois à l'EPS de VEI EPS VEI d'un attaché de santé ou psychologue pour perfectionnement en psychiatrie générale, orthopédie psychiatrie générale	CHU YO
OS 2 Renforcer les compétences des personnels dans le pilotage en charge des enfants et des adolescents	A1 Former et superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie en pratique clinique et thérapeutique ; projet de développer la pratique du psychodrame.	Années 2016, 2017, 2018 : deux semaines de 3 ou 4 personnes pendant 14/15 jours pour (7 personnes/14) pour médiateur, éducateur, psychologue, assistants sociaux, cadres de santé intervenants.	CHU YO
	A2 Former et superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie aux techniques d'orthopédie, de psychomotricité et de psychologie clinique	Années 2016, 2017, 2018 : 10/15 jours dans les maisons ou relais pour 2 personnes (éducateur, psychologue, orthopédiste)	CHU YO
OS 3 Participer à la formation des pédopsychiatres ambulatoires en vue à Ouagadougou	A1 Superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie à la pratique des soins en CATTP	Années 2016, 2017, 2018 : 2 semaines de 5 jours de formation	CHU YO
	A2 Structurer les pratiques et les acteurs de l'hôpital, promouvoir le travail en réseau ; - Étudier la formation en pédopsychiatrie aux attachés de santé en psychiatrie de l'hôpital - Élaborer des actions de sensibilisation à l'attention des enseignants - Faire des ETV dédiés aux médecins	Années 2016, 2017, 2018 : 3 semaines de 5 journées de formation, 2 personnes : médecin, et psychologue	CHU YO
OS 4 Développer la pratique et la recherche en psychiatrie générale	A1 Former le personnel en psychiatrie générale dans le cadre d'une formation recherche-action	Années 2016, 2017, 2018 : 2 semaines de 5 jours de formation	CHU YO
OS 5 Développer la pratique de la thérapie familiale	A1 Former le personnel du CHU YO en thérapie familiale ; Machols L, 2, 3	Années 2016, 2017, 2018 : 3 semaines de 5 journées de formation, 2 personnes : médecin, et psychologue	CHU YO

Modèles : *Stéphane Bouchard* - Directeur Adjoint général CHU YVO, Directeur de l'Unité de Soins de Santé Mentale, CHU YVO, Ouagadougou, Burkina Faso. *Yves YVO* - Directeur de l'Unité de Soins de Santé Mentale, CHU YVO, Ouagadougou, Burkina Faso. *Yves YVO* - Directeur de l'Unité de Soins de Santé Mentale, CHU YVO, Ouagadougou, Burkina Faso. *Yves YVO* - Directeur de l'Unité de Soins de Santé Mentale, CHU YVO, Ouagadougou, Burkina Faso. *Yves YVO* - Directeur de l'Unité de Soins de Santé Mentale, CHU YVO, Ouagadougou, Burkina Faso.

**Circulaires relatives à l'accueil de professionnels
et stagiaires étrangers médicaux et paramédicaux**



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction des ressources humaines du système
de santé
Bureau Démographie et formations initiales (RH1)
Personne chargée du dossier :
Élodie BELLEIR
Tél. 01 40 56 63 18
elodie.bellet@solid.sva.fr

Bureau ressources humaines hospitalières (RH4)
Personne chargée du dossier :
Estelle LIZUREAU-HUSSON
Tél. 01 40 56 63 93
estelle.lizureau-husson@solid.sva.fr

Direction de l'immigration
Bureau de l'immigration professionnelle
Personne chargée du dossier :
Néjine ERGOUT
Tél. 01 72 71 67 23
nejine.ergout@immigration-integration.sva.fr

Le ministre de l'intérieur,

Le ministre des affaires sociales et de la santé

à

Messieurs les préfets de région
- Directions régionales des entreprises, de la
concurrence, de la consommation du travail et
de l'emploi (unités territoriales)

Monsieur le préfet de police

Mesdames et Messieurs les préfets de
département
- Unités territoriales des DIRECTE
Directions départementales interministérielles

Mesdames et Messieurs les directeurs
généralistes des agences régionales de santé
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements publics de santé
(pour exécution)

**CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N°DGO5/RH1/RH4/DCMBIP/2012/330 du 31
août 2012 relative aux dispositifs d'accueil en formation en France d'étudiants et
professionnels étrangers médicaux et paramédicaux.**

NOR : AF5H1233651C

Classement thématique : Professions de santé

Validée par le CNP le 13 juillet 2012 - Visa CNP 2012-174

- Arrêté du 16 mai 2011 relatif aux stagiaires associés mentionnés au 1° de l'article R. 6153-2 du code de la santé publique ;
- Arrêté du 27 avril 2012 relatif aux infirmiers à diplôme étranger accueillis dans le cadre de la formation complémentaire prévue à l'article R. 6134-2 du code de la santé publique ;
- Circulaire d'application du 29 mai 2009 n° NOR MIM0900067C relative à la mise en œuvre de la procédure de délivrance du visa de long séjour valant titre de séjour ;
- Circulaire n° 2010-0024 du 12 novembre 2010 prise en application de l'arrêté du 3 août 2010 relatif au diplôme de formation médicale spécialisée et au diplôme de formation médicale spécialisée approfondie ;
- Instruction n° DGOS/RH1/DGESIPA-MFS/2011/052 du 8 septembre 2011 relative au rappel des obligations des établissements publics de santé accueillant des étudiants étrangers en cours de second cycle des études médicales dans leur pays d'origine ;
- Circulaire n° NOR IOCL1130031C du 21 novembre 2011 relative aux modalités d'application du décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011 pris pour l'application de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité et relatif aux titres de séjour ;
- Circulaire interministérielle n° DIMM/BIP/DGOS/RH4/2012/111 du 7 mars 2012 relative aux conditions d'accueil et de recrutement des stagiaires associés.

Annexe : Tableau récapitulatif des dispositifs d'accueil en formation en France d'étudiants et professionnels étrangers

Diffusion : les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services déconcentrés ou des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.

Complémentaire à la circulaire du 7 mars 2012 susvisée relative aux conditions d'accueil et de recrutement des stagiaires associés, la présente circulaire a pour objet de rappeler les différents dispositifs et cadres juridiques existants permettant l'accueil en formation, au sein des établissements de santé français, d'étudiants et de professionnels communautaires et extracommunautaires dans le domaine médical et paramédical.

Ces dispositifs visent deux publics : d'une part les étudiants étrangers venant effectuer une partie de leur formation en France, et d'autre part les professionnels étrangers diplômés venant se spécialiser ou se perfectionner en France.

Pour chacune de ces deux catégories existent des dispositifs réglementaires ou pratiques pour lesquels doivent être respectées des règles strictes de formation et d'accueil dans les établissements publics de santé en France.

Le tableau joint en annexe de la présente circulaire permet une vision d'ensemble des caractéristiques et des textes de référence propres à chacun de ces dispositifs.

1° Les concours d'internat à titre européen et étranger ouvrent aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes¹ communautaires et extracommunautaires, titulaires de diplômes leur permettant d'exercer leur profession dans leur pays d'origine ou d'obtention, l'accès aux 3^{èmes} cycles spécialisés en France de médecine, de pharmacie et d'odontologie dans les mêmes conditions que les internes nationaux (formation, lieux de stage agréés, statut).

Au terme de leur formation, ils obtiennent un diplôme d'études spécialisées (DES), accompagné ou non d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) selon les spécialités.

Les professionnels communautaires doivent pouvoir justifier de trois années d'exercice afin de se présenter aux épreuves du concours d'internat à titre européen.

Les internes à titre étranger ne peuvent, pour leur part, prétendre ni à la délivrance du diplôme d'Etat français ni à l'exercice d'une activité médicale en France, sauf à se soumettre aux procédures d'autorisation d'exercice en vigueur.

2° Le dispositif « diplôme de formation médicale spécialisée et diplôme de formation médicale spécialisée approfondie » (DFMS/DFMSA) ouvre aux médecins et pharmaciens extracommunautaires, titulaires d'un diplôme leur permettant d'exercer dans leur pays d'origine ou d'obtention, l'accès aux enseignements théoriques et aux stages de formation pratique prévus par les maquettes des DES et DESC en vue d'effectuer une partie de leur spécialisation (DFMS) en France ou un complément de spécialisation (DFMSA).

Dans le souci de leur offrir une formation de qualité, les postes de FFI qui leur sont ouverts sont contingentés par le biais d'un recensement national annuel des capacités de formation et d'accueil des établissements de santé. Ce dispositif est également ouvert aux candidats se déplaçant dans le cadre d'accords de coopérations. Dans ce dernier cas, leurs postes sont fichés en amont et figurent sur une liste spécifique.²

Les candidats sont sélectionnés sur dossiers et doivent justifier d'un niveau B2 en langue française.

Au terme de leur formation, ils obtiennent un DFMS et/ou un DFMSA, et ne peuvent prétendre à la délivrance du diplôme d'Etat français.

3° Les accords de coopération conclus avec l'Arabie Saoudite, les Emirats Arabes Unis, le Bahreïn, le Sultanat d'Oman, le Koweït et le Qatar permettent à leurs ressortissants médecins, en cours de spécialisation dans leur pays ou d'ores-et-déjà spécialistes, de s'inscrire en DES et DESC de la spécialité de leur choix.

Les postes qui leur sont ouverts sont limités en nombre par chaque accord bilatéral. Les médecins sont choisis sur dossier par un comité d'experts mixte binational et recrutés comme FFI.

L'accès de ces médecins à une formation de 3^{èmes} cycle est conditionné à la justification d'un niveau B2 en langue française.

Leurs parcours de formation sont organisés, dans les lieux de stage agréés pour la formation des internes, par les coordonnateurs locaux de leur spécialité.

¹ Le concours d'internat à titre étranger n'existe pas dans le cadre de la formation spécialisée des chirurgiens-dentistes.

² Le recensement national des postes offerts au titre d'accords de coopération est effectué par l'université de Strasbourg (arrêté du 3 août 2010).

III. Cas particuliers des DU, DIU, CES et capacités accessibles aux étudiants et professionnels étrangers

Les diplômes universitaires (DU), diplômes interuniversitaires (DIU), certificats d'études supérieures (CES) et capacités offrent des compléments de formation portant sur un champ spécifique ou une technique particulière utile pour l'accomplissement de l'exercice professionnel. Les DU et DIU sont proposés et organisés par les universités dans le cadre de leur autonomie pédagogique et relèvent donc de leur seule responsabilité, tandis que les CES et capacités, pour leur part, sont des diplômes nationaux relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur.

Ces formations sont ouvertes, selon les cas, aux étudiants préparant un troisième cycle et/ou aux professionnels étrangers.

Une vigilance particulière est recommandée en la matière. En effet, s'agissant des demandes d'inscription par des ressortissants étrangers dans ces formations, toutes spécialités confondues, il convient de préciser qu'elles ne peuvent justifier à elles seules la délivrance d'un visa et le recrutement en établissement de santé pour la réalisation du volet pratique du cursus.

Ces inscriptions ne sont accessibles aux candidats étrangers que dans la mesure où ils poursuivent par ailleurs une formation en France à laquelle sont réglementairement associés un visa et un statut de recrutement en établissement de santé (le plus souvent FFI dans le cadre d'un DFMS/DFMSA).

IV. Professionnels accueillis en dehors de tout cadre réglementaire : stages d'observateur

Notre attention a été attirée sur la situation d'étudiants et de professionnels de nationalité étrangère issus du domaine médical et paramédical qui, précédemment, ont pu être accueillis dans les établissements publics de santé en dehors de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

L'accueil par le biais de l'un des dispositifs détaillés ci-dessus est à privilégier pour permettre aux personnes accueillies d'avoir légalement une activité professionnelle dans ces établissements.

Cependant, les établissements publics de santé peuvent recevoir des personnes qui ne s'inscrivent dans aucun dispositif, en qualité d'observateurs, sous réserve de respecter un certain nombre de conditions.

La personne accueillie en qualité d'observateur :

- ne doit participer à aucune activité dans la structure clinique ou médico-technique et ne peut effectuer aucun acte ;
- ne perçoit aucune rémunération ou gratification ;
- relève des dispositions relatives au droit des patients, au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant. Le patient doit consentir au préalable à ce que l'observateur partage ces informations (articles L.1110-4 et L. 1111-4 du code de la santé publique) ;
- doit justifier d'une assurance en responsabilité civile ;
- doit être en situation régulière au regard des conditions de l'entrée et du séjour en France ;
- doit justifier d'un niveau de français suffisant au regard des objectifs du stage.

La durée du stage en qualité d'observateur doit être courte. Une durée d'un mois paraît être la durée maximum acceptable.

ANNEXE 1 : TABLEAU REGIMENTAIRE DES DISPOSITIFS D'ACCUEIL EN FORMATION EN FRANCE D'ETUDIANTS ET PROFESSIONNELS ETRANGERS

	ETUDIANTS EUROPEENS	ETUDIANTS ETRANGERS	INTERNATS A TITRE EUROPEEN	INTERNATS A TITRE ETRANGER	DFNA/DFMSA	ACCORDS AVEC LES PAYS DU GOLFE	STAGIAIRES ASSOCIES	INFORMERS ETRANGERS	STAGE D'OBSERVATION
QUOTAS	Sans objet	Sans objet	Arrêtés annuels pour chaque formation	Arrêtés annuels pour chaque formation	Article annuel suite à un renouvellement national des capacités d'accueil et de formation à N-1 ET titre ad hoc de postes libérés en amont dans le cadre des accords de coopération interuniversitaires	Arabie Saoudite : 50/an maximum ; Emirats Arabes Unis : 20/an maximum ; Koweït : 10/an maximum ; Bahreïn : 5/an maximum ; Soudan : 5/an maximum ; Oman : 5/an maximum ; Qatar : 5/an maximum	Sans objet	Sans objet	Sans objet
DUREE DE LA FORMATION	A définir dans la convention de coopération	3 mois renouvelable 1 fois	En fonction de DES/DESC suit + réduction possible au regard de la formation et de l'expérience antérieures du candidat	En fonction de DES/DESC suit + réduction possible au regard de la formation et de l'expérience antérieures du candidat	DFMS : de 3 à 3 ans ; DFMSA : de 6 mois à 2 ans	En fonction du DES/DESC suit + réduction possible au regard de la formation et de l'expérience antérieures du candidat	6 mois renouvelable une fois. Période fonctionnelle dans une échelle de temps ne pouvant excéder 2 ans.	6 mois renouvelable une fois	Cas 1 : 3 mois renouvelable une fois. Cas 2 : un mois maximum recommandés

ANNEXE...TABLEAU RECAPITULATIF DES DISPOSITIFS D'ACCUEIL EN FORMATION EN FRANCE DES ETUDIANTS ET PROFESSIONNELS ETRANGERS

ETUDIANTS EUROPEENS	ETUDIANTS ETRANGERS	INTERNATS A TITRE EUROPEEN	INTERNATS A TITRE ETRANGER	DEMAS/DMMA	ACCORDS AVEC LES PAYS DU GOLFE	STAGIAIRES ASSOCIES	INFIRMIERS ETRANGERS	STAGE D'OBSERVATION
Sans objet à l'exception des Roumains et des Bulgares qui sont tenus d'avoir un titre de séjour au-delà de trois mois de présence assortie d'une autorisation de travail (1% seulement) ou d'une autorisation de travail (1% seulement) assortie d'une autorisation de travail (1% seulement).	Sans objet Les Roumains et les Bulgares sont tenus d'avoir un titre de séjour au-delà de trois mois de présence assortie d'une autorisation de travail (1% seulement) ou d'une autorisation de travail (1% seulement).	Sans objet Les Roumains et les Bulgares sont tenus d'avoir un titre de séjour au-delà de trois mois de présence assortie d'une autorisation de travail (1% seulement) ou d'une autorisation de travail (1% seulement).	Visa de long séjour pour études (VLS-TS) maximale de 12 mois, + APT	Visa de long séjour pour études (VLS-TS) maximale de 12 mois, + APT	Visa de long séjour pour études (VLS-TS) maximale de 12 mois, + APT	Visa de long séjour + Stagiaire + (VLS-TS) d'une durée maximale de 12 mois)	Visa de long séjour + Stagiaire + (VLS-TS) d'une durée maximale de 12 mois)	Cas 1 : visa de court séjour échanges de 90 jours maximum (APT si renouvellement) Cas 2 : visa de court séjour échanges de 90 jours maximum
Instruction du 8 septembre 2011 modifiée	Instruction du 8 septembre 2011 modifiée	Décret n° 2006-87 modifié (médecine) Décret n° 2013-222 (odontologie) ; Décret n° 2013-173 (pharmacie)	Décret n° 90-97 modifié (médecine) ; Décret n° 2013-173 (pharmacie)	Arrêté du 8 août 2010 modifié ;	Accord bilatéral pour chaque pays	Arrêté du 18 mai 2011 modifié par l'arrêté du 9 février 2012 Circulaire interministérielle du 7 mars 2012	Arrêté du 27 avril 2012 ;	Cas 1 : Instruction du 8 septembre 2011 modifiée Cas 2 : pratique des établissements



Ministère de l'intérieur, de l'Outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration

Direction de l'immigration
Bureau de l'immigration professionnelle (BIP)
Personnes chargées du dossier :
Régine BROUÏ / Christèle CAPORALI-PETIT
Tél. 01 72 71 87 23 / 01 72 71 87 24
regine.broui@immigration.integration.gouv.fr
christele.caporali.petit@immigration.integration.gouv.fr

Secrétariat d'Etat à la santé

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction des ressources humaines du système
de santé
Bureau ressources humaines hospitalières (BRH)
Personne chargée du dossier :
Estelle LEBLANC HUSSON
Tél. 01 40 56 56 93
estelle.leblanc.husson@sante.gouv.fr

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des
collectivités territoriales et de l'immigration

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

Madame et messieurs les préfets de région
- Directions régionales des entreprises, de la
concurrence, de la consommation du travail et de
l'emploi (unités territoriales)

Mesdames et messieurs les préfets de département
- Unités territoriales des DIRECCTE
Directions départementales interministérielles

Monsieur le préfet de police

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements publics de santé (pour exécution)

**CIRCULAIRE INTERMINISTRIELLE N° DIMM/BIP/DGOS/RH4/2012/111 du 7 mars 2012 relative
aux conditions d'accueil et de recrutement des stagiaires associés**
NOR : ETSH1207078C

Classement thématique : Etablissements de santé-gestion

Validée par le CNP le 10 février 2012 - Visa CNP 2012-38

Catégorie :

Directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application, sous réserve, le
cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Le non-respect des dispositions législatives et réglementaires relatives au statut du stagiaire associé peut entraîner la mise en œuvre de la responsabilité civile tant du stagiaire lui-même que du chef d'établissement, en application du code de la santé publique qui définit à plusieurs reprises l'exercice illégal de la médecine.

1. Recrutement dans le cadre d'une convention internationale

Les conventions de coopération internationale, bases de la mise en œuvre de l'article R. 6134-2 du code de la santé publique, qui organise le recrutement de stagiaires associés, relèvent de l'article L. 6134-1 du code de la santé publique.

Les stagiaires associés sont recrutés dans le cadre conventionnel d'une action de coopération internationale. Il s'agit d'un **dispositif hospitalier institutionnel** (ne sont pas concernées les conventions de coopération universitaires où l'établissement hospitalier n'est pas partie à la convention).

L'accueil du stagiaire associé doit trouver sa justification dans l'action de coopération internationale dans laquelle l'établissement public de santé est engagé avec des établissements ou organismes étrangers.

Sauf exception, ce partenariat international ne peut avoir comme seule motivation l'accueil de stagiaires associés.

Enfin, conformément à l'article R.6134-2 du code de la santé publique, les stagiaires associés ne peuvent être recrutés que dans des structures agréées pour la formation des internes.

Certaines structures privées sont d'ores et déjà agréées pour la formation des internes ; cependant les dispositions législatives actuellement en vigueur ne leur permettent pas d'accueillir des stagiaires associés. Les évolutions juridiques nécessaires à l'extension du dispositif aux établissements privés sont actuellement en cours d'étude.

2. Conditions de recrutement

Peuvent être recrutés en qualité de stagiaires associés, les médecins ou pharmaciens, de nationalité étrangère ou française, titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie, permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine qui viennent en France suivre un stage pratique dans un établissement public de santé et dans le cadre d'une coopération internationale hospitalière afin d'acquies une nouvelle technique ou de perfectionner leur pratique.

Les stagiaires associés sont recrutés **pour une période de six mois renouvelable une fois**. Cette période de six mois, renouvelable une fois, pour une même convention, peut être fractionnée :

- une convention avec un établissement public de santé a une durée maximale d'un an ;
- la deuxième période de six mois fait l'objet d'un renouvellement dans le même établissement public de santé ;
- une convention initiale ou une convention renouvelée d'une durée inférieure à six mois peut faire l'objet d'un avenant pour porter sa durée à six mois au total.

Une même personne ne peut bénéficier qu'**une fois**, dans les mêmes conditions mentionnées ci-dessus, d'une deuxième convention avec le même établissement public de santé ou établissement public de santé différent. La durée totale des conventions pour une même personne ne peut excéder **deux ans**.

Annexe I

Statut applicable aux stagiaires associés

Le décret n° 2011-904 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales a précisé les dispositions applicables aux stagiaires associés.

Les intéressés sont recrutés en qualité de stagiaire associé et non de faisant fonction d'interna (FFI) même si certaines dispositions relatives aux FFI leurs sont applicables :

- Conditions de recrutement : Avant de prendre ses fonctions, le stagiaire associé justifie, par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières auquel il postule.
- Conditions d'exercice des fonctions :
 - o le stagiaire associé titulaire d'un diplôme de docteur en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ;
 - o le stagiaire associé titulaire d'un diplôme de docteur en pharmacie participe à l'ensemble des activités de l'entité dans laquelle il accomplit son stage, par délégation et sous la responsabilité du praticien ou du pharmacien auprès duquel il est placé ;
 - o Le stagiaire associé ne peut pas effectuer de remplacements : il est soumis au règlement des établissements ou organismes dans lesquels il exerce son activité. Il s'acquitte des tâches qui lui sont confiées et peut participer à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique dans les mêmes conditions qu'un étudiant faisant fonction d'interna.
- Rémunération : éléments de rémunération identiques (sans prise en compte de l'ancienneté)
- Assujettissement au régime général et à l'IRCANTEC
- Régime des congés : congés annuels, congé de maternité, de paternité et d'adoption, congé de présence parentale, congé parental d'éducation, congé de solidarité familiale, congés maladie mentionnés à l'article R6153-14 du code de la santé publique, congés pour maladie ou accident imputable à l'exercice des fonctions.
- Garanties disciplinaires
- Droit syndical

A l'inverse, ne leurs sont pas applicables :

- Les dispositions relatives à la durée du recrutement : les stagiaires associés sont recrutés « pour une période de six mois renouvelable une fois, qui peut être fractionnée » à la différence des FFI qui sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions des internes jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période

Annexe II

Formation pratique complémentaire des stagiaires associés

1 – Qu'appelle-t-on formation diplômante ?

L'arrêté du 16 mai 2011 modifié par l'arrêté du 9 février 2012 relatif aux stagiaires associés ne prévoit pas de niveau d'expérience requise avant d'être recruté en qualité de stagiaire associé mais précise que les fonctions de stagiaire associé ne peuvent pas être consécutives à une formation diplômante et qu'un délai d'un an doit être respecté entre cette dernière et le recrutement en qualité de stagiaire associé.

Par formation diplômante, on entend toute formation en France en vue de l'obtention d'un diplôme reconnu qualifiant dans le pays d'exercice ou d'origine (ex : DFMS/DFMSA...). Les DU et DIU ne font pas partie de ces diplômes. Ne sont pas visés ici les jeunes diplômés médecins ou pharmaciens venant d'achever leur formation dans leur pays d'origine ou d'obtention.

Les AFSIAFSA ne sont pas, à proprement parler, des diplômes. Même si elles sont reconnues dans le pays d'obtention ou d'origine, pour l'exercice de la spécialité. Aussi, les personnes venant de terminer une AFSIAFSA peuvent être recrutées comme stagiaires associés sous réserve du respect des procédures mentionnées à l'annexe II de la présente circulaire.

2 – La formation professionnelle en qualité de stagiaire associé s'adresse à des personnes ayant terminé leur formation initiale

Avant de venir en France en qualité de stagiaire associé, il faut que l'intéressé soit titulaire d'un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie permettant l'exercice dans son pays d'obtention ou d'origine. Les personnes qui n'ont pas achevé leur formation ne peuvent pas être accueillies en qualité de stagiaire associé.

Aucune exigence quant à la spécialité du médecin n'a été posée ; les généralistes peuvent donc également être recrutés en qualité de stagiaire associé dans le cadre d'une convention de coopération internationale hospitalière.

Le stage associé s'adresse principalement à des praticiens venant perfectionner ou remettre à jour leur pratique après quelques années d'exercice.

Le stagiaire associé s'engage à ne suivre aucune formation universitaire pendant son séjour puisqu'il vient en France pour acquérir une nouvelle technique ou perfectionner sa pratique et ainsi acquérir une qualification professionnelle. C'est à ce titre, qu'il se voit délivrer par l'établissement hospitalier d'accueil partie à la convention de coopération internationale, en fonction des objectifs fixés, une attestation de « qualification professionnelle acquise ».

Le niveau de maîtrise de la langue française du stagiaire associé devra être apprécié par l'établissement public de santé d'accueil en fonction du contenu et des objectifs de la formation pratique complémentaire.

passport (cf. circulaire d'application du 29 mai 2009 n° NOR IMIM0900067C relative à la mise en œuvre de la procédure de délivrance du visa de long séjour valant titre de séjour).

La délivrance du visa VLS-TS est soumise à l'acquiescement d'une taxe d'un montant de 58 Euros (OFI).

A l'expiration de la validité du VLS-TS et si la convention de stage est renouvelée ou si une nouvelle convention de stage est conclue, le stagiaire devra solliciter une carte de séjour temporaire portant la mention "stagiaire" auprès de la préfecture de son lieu de résidence.

Il convient de rappeler que ce dispositif ne s'applique qu'aux praticiens en situation d'exercer dans leur pays qui viennent en France pour y accomplir un stage. Les demandes de changement de statut aux fins d'obtenir une carte de séjour portant la mention "stagiaire" ne peuvent dès lors être accueillies. De même, à l'issue de son stage, le stagiaire associé doit retourner dans son pays et ne peut donc se maintenir en France sous un autre statut (il ne pourra prétendre au bénéfice des allocations pour perte d'emploi).

En cas de stage fractionné, le stagiaire se verra délivrer un visa dont la durée sera alignée sur chaque convention de stage, puisqu'une interruption significative entre deux périodes de stage ne peut donner de droit au séjour au stagiaire.

ANNEXE V

Textes de référence

Article L. 1110-4 du code de la santé publique

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article R. 6134-2 du code de la santé publique

Bénéficiaire d'une formation complémentaire dans le cadre des conventions mentionnées à l'article L. 6134-1 :

1° Les médecins et pharmaciens titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine et n'effectuant pas une formation universitaire en France. Ils sont désignés en qualité de stagiaires associés pour une période de six mois renouvelable une fois, qui peut être fractionnée. Les dispositions applicables aux étudiants faisant fonction d'internes prévues aux articles R. 6153-41, à l'exception du quatrième alinéa, et R. 6153-44 du code de la santé publique, à l'exception des premier et dernier alinéas, leur sont applicables. Leurs obligations de service sont fixées à dix demi-journées par semaine sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Ils exercent leurs fonctions dans les conditions définies aux articles R. 6153-3, à l'exception du deuxième alinéa, R. 6153-4, R. 6153-6 à l'exception du dernier alinéa, R. 6153-7, R. 6153-12 à R. 6153-14, R. 6153-17 et R. 6153-22 à R. 6153-24 du code de la santé publique.

2° Les personnels infirmiers des Etats dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, titulaires d'un diplôme d'infirmier ou d'infirmière permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine. La formation complémentaire est effectuée sous forme de stages hospitaliers d'adaptation.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les modalités de sélection, d'affectation et de rémunération des personnels mentionnés au présent article.

Article R.6153-41 du code de la santé publique

Dans le cas où un poste, dans une structure agréée, susceptible d'être offert à un interne ou à un résident n'a pu être mis au choix des internes ou des résidents, ou s'il n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine, un pharmacien ou à un étudiant en pharmacie appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article R. 6153-43.

La liste des postes non pourvus d'internes ou de résidents situés dans des pôles ou structures agréées en application de l'article 30 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ou de l'article 3 du décret n° 88-996 du 19 octobre 1988 relatif aux études spécialisées du troisième cycle de pharmacie est communiquée au directeur général de l'agence régionale de santé, qui peut autoriser l'affectation sur ces postes de personnes appartenant aux catégories mentionnées aux 1° et 2° de l'article R. 6153-42.

L'affectation est décidée par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée. Le directeur de l'établissement de santé informe le médecin ou le pharmacien de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les étudiants ou praticiens faisant fonction d'interne sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions des internes jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage. Cette durée peut être ensuite renouvelée tous les six mois.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux postes d'interne en odontologie.

Article R. 6153-44 du code de la santé publique

Les dispositions du deuxième et troisième alinéas de l'article R. 6153-2 et celles des articles R. 6153-3 à R. 6153-7, R. 6153-12 à R. 6153-19 et R. 6153-21 à R. 6153-24 sont applicables aux étudiants faisant fonction d'interne et aux anciens résidents qui accomplissent un ou deux semestres supplémentaires dans les établissements publics de santé.

Article R. 313-10-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

I. — La convention de stage est conclue entre le stagiaire, l'établissement de formation ou l'employeur établi à l'étranger et l'entreprise d'accueil en France ou l'organisme de formation mentionné à l'article L. 6351-1 du code du travail. Elle est également signée par l'association mentionnée à l'article R. 313-10-5 du présent code qui a, le cas échéant, permis sa conclusion.

La convention de stage comporte les clauses prévues par le décret pris pour l'application de l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances, sauf lorsqu'une clause est manifestement sans objet.

Dans le cas prévu au 1° de l'article R. 313-10-1, le stagiaire bénéficie d'une gratification dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 précitée.

Dans le cas prévu au 3° de l'article R. 313-10-1, la convention de stage est conclue entre le stagiaire, l'établissement d'accueil, l'organisme partie à la convention de coopération internationale mentionnée à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique et, s'il est différent, l'organisme qui prend en charge le remboursement des éléments de rémunération. La convention de stage ne peut pas conférer au stagiaire la qualité de salarié dans l'entreprise ou dans l'établissement de santé qui le reçoit.

II. — Dans le cas prévu au 1° de l'article R. 313-10-1, la durée du stage ne peut pas excéder six mois lorsqu'il relève d'une formation professionnelle.

Dans le cas prévu au 2° de l'article R. 313-10-1, la durée initiale du stage ne peut pas excéder douze mois. Le stage ne peut être prolongé qu'une seule fois, sans que la durée totale du stage puisse dépasser dix-huit mois.

Dans le cas prévu au 3° de l'article R. 313-10-1, la durée initiale du stage ne peut pas excéder six mois. Le stage peut être prolongé pour une durée maximale de six mois. Le ressortissant étranger peut prétendre au bénéfice de plusieurs conventions de stage dont la durée totale ne peut excéder vingt-quatre mois.

Article R. 313-10-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

I. — La convention de stage est transmise au préfet par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au moins deux mois avant la date de début du stage, soit par l'entreprise, l'organisme de formation ou l'établissement public de santé ou l'organisme de formation qui souhaite accueillir un stagiaire, soit par l'association qui a, le cas échéant, également signé la convention.

Le préfet vise la convention de stage dans les trente jours suivant sa réception ; il la transmet à l'étranger et en informe la personne qui la lui a transmise. Il refuse de viser la convention si la réalité du projet de stage n'est pas établie, si la convention n'est pas conforme aux dispositions prévues par l'article R. 313-10-3 ou lorsque l'entreprise d'accueil ne respecte pas la législation relative au travail ou à la protection sociale ; dans ce cas, il notifie sa décision de refus à l'étranger et renvoie la convention à la personne qui la lui a transmise. Le silence gardé pendant trente jours par le préfet vaut décision de rejet.

Les délais mentionnés aux deux alinéas précédents sont ramenés à respectivement un mois et quinze jours lorsque le stage relève d'un programme de coopération de l'Union européenne ou intergouvernemental.

II. — En cas de prolongation de la durée du stage prévu au 2° ou au 3° de l'article R. 313-10-1, un avenant à la convention de stage est transmis au préfet par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au moins quinze jours avant la date de fin du stage initialement prévue par l'organisme de formation ou l'entreprise d'accueil. Le silence gardé pendant quinze jours par le préfet vaut décision d'acceptation.

III. — La convention de stage, son avenant éventuel et les éléments de preuve du visa par le préfet sont présentés à toute demande des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-7 du code du travail ou dans le cadre d'une inspection visant l'organisation administrative ou sanitaire d'un établissement public de santé.

Plan stratégique de santé mentale 2014-2018



**PLAN STRATEGIQUE DE SANTE MENTALE
2014-2018**

Décembre 2013

TABLES DES MATIERES

PREFACE.....	4
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	7
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PLAN.....	8
II. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO	8
2.1. Données géographiques et organisation administrative.....	8
2.2. Données démographiques.....	8
2.3. Données économiques	9
2.4. Données socio culturelles.....	9
2.5. Habitudes et modes de vie	9
2.6. Phénomènes sociaux liés à la modernité	9
III. SITUATION SANITAIRE.....	10
3.1. Etat de santé de la population	10
3.2. Analyse de la situation de la santé mentale	11
3.2.1. Contexte.....	11
3.2.2. Données épidémiologiques.....	12
3.2.3. Offre de soins	12
3.2.4. Situation des ressources en santé mentale	13
IV. PROBLEMES PRIORITAIRES IDENTIFIES.....	17
V. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES ET DEFIS.....	20
VI. PLAN STRATEGIQUE 2014-2018	23
6.1. But et Objectifs	23
6.1.2 But	23
6.1.3 Objectif général.....	23
6.1.4 Objectifs spécifiques.....	23
6.2. Axes stratégiques d'interventions.....	23
6.3. Descriptif des axes stratégiques.....	25
Axe1	25
Axe 2 : Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine de la santé mentale	25
6.4. Actions prioritaires par axe stratégique	30
6.5 Chronogramme des activités	33
VII. CADRAGE FINANCIER	45

7.1 Revue documentaire	45
7.2 Méthode d'estimation des coûts	45
7.3 Résumé des coûts du plan stratégique de santé mentale.....	46
VIII. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE.....	52
8.1. Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités	52
8.2 Suivi et évaluation.....	53
8.3 Indicateurs de suivi.....	53
8.4 Conditions de réussite.....	55
CONCLUSION	56
IX. Bibliographie.....	57
ANNEXES	58
Annexe 1 : Cartographie des structures de soins menant des activités de santé mentale au Burkina Faso par type	59
Annexe 2 : Répartition des ressources humaines de la santé mentale dans les structures publiques en 2013.....	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1: Analyse des forces, faiblesses, défis et actions requises par orientation stratégique du PNDS 2011-2020	20
Tableau 2: Axes stratégiques d'intervention.....	24
Tableau 3 : Orientations stratégiques, objectifs spécifiques, axes stratégiques et actions prioritaires	28
Tableau 4: Actions prioritaires par axe stratégique.....	30
Tableau 5 : Chronogramme des activités.....	33
Tableau 6 : Détail du budget estimatif par orientation stratégique du PNDS 2011-2020, par objectif, axes stratégique et action prioritaire.....	47
Tableau 7 : Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités.....	52
Tableau 8 : Indicateurs de suivi	54

PREFACE

A l'instar des autres pays d'Afrique sub-saharienne, le Burkina Faso est confronté à de nombreux défis sanitaires principalement constitués par les maladies transmissibles qui mobilisent la plus grande partie de nos ressources et de notre attention. Cependant, nous devons faire face dans le même temps, à l'émergence des maladies non transmissibles (MNT) dont les troubles mentaux qui affectent toutes les tranches d'âge sans distinction. L'ampleur des troubles mentaux augmente en effet, essentiellement du fait de la modernisation de notre société. Ils sont à l'origine d'une charge considérable pour les personnes concernées et leurs familles, avec des conséquences économiques et sociales désastreuses pour toute la société.

Considérant la santé mentale comme une composante essentielle de la santé, le ministère de la santé voudrait lui accorder une place de choix dans l'échelle de ses priorités sanitaires. C'est pourquoi, tirant des enseignements de la mise en œuvre du premier projet de développement de la santé mentale 1987-1991 au Burkina Faso, du programme de santé mentale 2002-2006, et de la problématique actuelle de santé mentale, le présent plan stratégique de santé mentale 2014-2018, a été adopté. Il contient un ensemble d'actions prioritaires visant la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réinsertion des personnes atteintes.

Ce plan stratégique est d'autant plus important que sa mise en œuvre nécessite l'engagement de tous : décideurs politiques, prestataires de soins, leaders communautaires et populations, ONG et associations, partenaires techniques et financiers, etc.

Nous exhortons donc, les lecteurs à s'appropriier ce document, et tous les partenaires du ministère de la santé à poursuivre leur accompagnement pour le bien-être des populations en général, et plus spécialement dans cet engagement pour une meilleure santé mentale dans notre pays.



SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CHNBC	Centre Hospitalier National Blaise Compaoré
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUPCDG	Centre hospitalier universitaire Pédiatrique Charles de Gaule
CHUSS	Centre hospitalier universitaire Souro Sanou
CHUYO	Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo
CMA	Centre médicale avec antenne chirurgicale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DAF	Direction des affaires administratives et financières
DES	Direction des établissements de santé
DGPML	Direction générale de la pharmacie du médicament et des laboratoires
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DRH	Direction des ressources humaines
DRS	Direction régionale de la santé
EDS	Enquête démographique de santé
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
ICP	Infirmier chef de poste
IDE	Infirmier diplômé d'état
MASSN	Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale
MC	Ministère de la communication
MCD	Médecin chef de district
MEBA	Ministère de l'enseignement de base et de l'Alphabétisation
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MESS	Ministère des enseignements secondaires et supérieurs
MFPSS	Ministère de la fonction publique et de la sécurité sociale
MJGS	Ministère de la jeunesse, des Sports et loisirs
MJ	Ministère de la Justice
MNT	Maladies non transmissibles
OBC-CE	Organisation à base communautaire
OCADES	Organisation catholique pour le développement et de la

	solidarité
OMD	Objectifs du millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPH	Organisation des personnes handicapées
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PRAH	Projet de réhabilitation des aveugles et autres handicaps
Pv/VIH	Personne vivant avec le VIH
RBCAH	Réhabilitation à base communautaire des aveugles et autres handicaps
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SFE/ME	Sage-femme et Maïeuticien d'état
UFR/SDS	Unité de formation et de recherche / sciences de la santé
VAD	Visite à domicile

INTRODUCTION

Le Plan stratégique 2014-2018 de la santé mentale est un document qui a pour ambition de contribuer à l'atteinte des objectifs du PNDS. Il a pour but d'orienter les actions des structures et des professionnels qui fournissent des services de santé mentale à la population du Burkina Faso. Dans une perspective de gestion axée sur les résultats, le ministère, et les établissements de santé devront rendre compte de la réalisation de ces engagements(5). Dans la continuité des priorités du programme national de santé mentale (2002-2006), les efforts du ministère demeurent axés sur le renforcement de l'accès aux soins de santé mentale de qualité, sur la sensibilisation de la population et sur l'utilisation judicieuse des ressources à travers un système de réseautage.

Ainsi, ce plan a pour but de tirer profit des acquis des dernières années et de l'introduction de nouvelles approches dans le système, afin d'assurer une réponse optimale aux besoins de santé et de bien-être des populations.

Le plan stratégique résulte d'une réflexion partagée avec les responsables sanitaires, les partenaires (ONG et associations), dans le contexte d'une large consultation. Cette réflexion a permis de définir les principaux problèmes et d'opérer des choix stratégiques.

La détermination des objectifs et des cibles du plan a été effectuée avec le maximum de réalisme dans le contexte actuel de développement de notre pays. Ces objectifs et cibles pourraient être ajustés au fil des prochaines années selon l'évolution du contexte socioéconomique et des priorités gouvernementales.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PLAN

Les maladies mentales sont des pathologies qui touchent les individus de tous les âges et de toutes les catégories sociales. Elles évoluent soit sur un mode aigu soit sur un mode chronique. Elles conduisent souvent à un état de handicap et suscitent de la part de la communauté une stigmatisation sociale.

Elles engendrent des coûts financiers énormes, de plus en plus difficiles à supporter par les individus, les familles et les collectivités.

Ces pathologies, selon l'OMS, représentent 12,5% de la morbidité mondiale (7).

Bien que l'on ne dispose pas de données précises à l'échelle nationale, les données hospitalières suggèrent une part de plus en plus importante des troubles mentaux dans les files actives.

Divers facteurs de risque, le plus souvent intriqués, peuvent être impliqués dans la genèse des maladies mentales. Il s'agit de facteurs individuels socio-environnementaux, culturels, économiques et de facteurs politiques.

Au regard de l'ampleur de plus en plus importante de ces maladies et de leurs conséquences sur le bien être des populations, l'OMS recommande aux pays d'élaborer des stratégies nationales de prise en charge de ces pathologies (7).

Par ailleurs, le Ministère de la santé a adopté un deuxième PNDS 2011-2020 comme cadre de référence des plans et programmes sanitaires. C'est donc dans la mise en œuvre de ses orientations que le présent plan stratégique 2014-2018 est élaboré pour apporter une réponse globale et appropriée aux problèmes de santé mentale des populations.

II. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO

2.1. Données géographiques et organisation administrative

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire

Le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages. Son climat est de type tropical avec une longue saison sèche au cours de laquelle les vents de l'harmattan, la chaleur, le manque d'eau potable sont à l'origine d'affections diverses (1).

2.2. Données démographiques

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,8 habitants au km², elle croit à un rythme de 3,1% l'an (RGPH 2006). Les femmes représentaient 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale. En 2013, la population est estimée à 17 271 583 habitants. La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage.

Le taux brut de natalité est de 46 pour 1000. La population est essentiellement jeune. La tranche de 0 à 15 ans est de 46,4%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays (1).

2.3. Données économiques

Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2008 à 1215 \$ us par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. En effet, le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national. Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les différentes régions du pays (17,3% au Centre la moins pauvre, et pour les plus pauvres 68,1% au Nord, 62,2% à l'Est et 56% dans la Boucle du Mouhoun).

Pour garantir les conditions d'atteinte des OMD, le financement des secteurs sociaux a été priorisé. Ainsi, la part de l'ensemble des secteurs sociaux s'est établie à 38,66% en moyenne annuelle sur la période 2006-2010 avec un pic de 44,64% pour 2010 (1).

2.4. Données socio culturelles

Dans la plupart des sociétés traditionnelles Burkinabè, plusieurs ordres de causalités sont avancés pour expliquer la maladie mentale. Ces interprétations sont souvent à l'origine de demandes de soins auprès de la médecine traditionnelle et un retard de recours au système moderne de soins.

Par ailleurs la pauvreté des populations justifie en partie une faible fréquentation des structures de santé modernes.

A cela s'ajoute, les dysfonctionnements familiaux (mésententes, divorce, pauvreté, violences) qui exposent davantage les enfants à une fragilité psychique. Ces facteurs ont pour conséquences le relâchement du contrôle parental, l'absence de cadre familial d'éveil du processus mental, des difficultés d'insertion sociale (délinquance juvénile, consommation d'alcool et de stupéfiants).

2.5. Habitudes et modes de vie

Dans les villes comme dans les campagnes, les habitudes de consommation de boissons alcoolisées, de tabac...nuisent gravement à la santé physique et psychique des populations.

Le Burkina Faso est un pays de migration interne et externe.

La majorité des jeunes migrent des zones rurales vers les zones urbaines avec pour conséquences des habitations de fortune sous les ponts ou les arbres, la perte de contact avec les communautés d'origine.

Le manque d'emploi dans les villes d'accueil contraint ces jeunes à vivre de vol, de mendicité, ainsi qu'à la consommation d'alcool frelaté, de tabac et de drogue ...

2.6. Phénomènes sociaux liés à la modernité

Parmi les phénomènes liés à la modernité les violences occupent une place de plus en plus importante ; bien que les données sur le phénomène des violences soient

parcellaires au Burkina Faso , des faits d'observation montrent que ces violences revêtent de nouvelles formes d'expressions sur lesquelles une attention doit être portée.

Au Burkina Faso, les principales catégories de violences rencontrées sont :

- les violences urbaines et inter-urbaines : bavure policière, viols, vols, braquage, actes de vandalisme.
- la violence conjugale : psychologique (maltraitance, dénigrement) et physique (coups, privation de liberté, isolement social)
- la violence scolaire : viols, scènes d'humiliations, injures, révoltes

Les causes de ces violences sont variables et souvent intriquées mettant généralement en cause la cellule familiale (monoparentalité, mésententes, relâchement du contrôle parental) la communauté (infériorisation de la femme, accusations de sorcellerie), l'individu (personnalités pathologiques, abus de drogues et d'alcool) et les institutions étatiques (inégalités et injustices sociales).

Ces violences impactent négativement sur la santé psychologique des individus (dépression, suicide, échecs scolaires, consommation de drogues) et provoquent de nombreux troubles sociaux graves (destruction de biens, homicides, viols).

Les facilités d'accès aux TIC favorisent par ailleurs chez les jeunes des comportements déviants.

III. SITUATION SANITAIRE

3.1. Etat de santé de la population

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés.

Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰ en 2006 (8).

La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. En effet, le ratio de mortalité maternelle est de 307, 3 pour 100 000 naissances vivantes.

Selon la même source, le taux de mortalité infantile est de 91,7 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour 100 000 naissances vivantes.

L'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960, 50,4 ans en 2000 et à 57 ans en 2008, soit une augmentation de 20,3 ans, cette situation pose à terme le problème de la prise en charge des personnes âgées(1).

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole, poliomyélite). Des efforts importants de prévention par la vaccination sont faits. Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies

diarrhéiques, le VIH, le Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées(1).

L'importance actuelle de ces maladies transmissibles ne doit pas faire occulter le problème des maladies non transmissibles que sont les affections cardio- vasculaires, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route. et les maladies mentales.

Cependant, les données collectées par le système national d'information sanitaire ne permettent pas d'apprécier suffisamment l'ampleur de ces maladies. Certaines d'entre elles font actuellement l'objet de programmes particuliers pour mieux les maîtriser.

La santé des groupes vulnérables est influencée par ces maladies transmissibles et non transmissibles et reste caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées (1).

3.2. Analyse de la situation de la santé mentale

3.2.1. Contexte

L'offre de soins en milieu psychiatrique existe depuis l'ère coloniale. En effet, les services de psychiatrie ont ouvert leurs portes aux malades en 1958 à Bobo- Dioulasso et 1959 à Ouagadougou. Elle s'est progressivement étendue et de nos jours, elle est assurée par plusieurs services de santé mentale implantés dans les deux (2) CHU, les neuf (9) CHR et trente un (31) CMA.

Au cours de ces deux dernières décennies, le Burkina Faso a consenti des efforts pour améliorer l'accessibilité des soins de santé mentale aux populations. En effet, depuis 1987, des projets, plans et programmes ont été développés et leur mise en œuvre a permis :

- Sur le plan infrastructurel, la construction des services de psychiatrie dans les CHR et certains CMA dans le cadre de la réforme hospitalière, l'adjonction de nouvelles unités dans les CHU de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou;
- Sur le plan de l'offre de soins, une décentralisation a été opérée avec l'implantation des unités de soins psychiatriques dans les 9 CHR du pays et dans 31 CMA ;
- Sur le plan de la formation, une unité de formation des infirmiers spécialistes a été ouverte au sein de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) permettant l'augmentation du nombre de stagiaires par an (de 2 formés à Dakar par an, on est passé à 5 puis à 10 avant de retomber à 5 en 2003).
- L'offre de soins s'est améliorée à travers le recrutement de médecins en pédopsychiatrie, de psychologues cliniciens et le perfectionnement des attachés de santé dans des domaines spécifiques tels la thérapie institutionnelle, l'addictologie, les troubles liés au développement psychomoteur de l'enfant. Sur le plan de la recherche, des études ont été engagées dans le domaine des maladies mentales à travers des mémoires et des thèses de médecine.

- Sur le plan de la gouvernance, une coordination de programme santé mentale a été mise en place avec un coordonnateur nommé.

Il faut signaler l'existence d'une coopération hospitalière dynamique entre les hôpitaux burkinabè et français permettant entre autres, dans le domaine de la santé mentale, le renforcement des compétences du personnel et l'acquisition de matériels et équipements médicaux.

Malgré ces acquis, l'évaluation du programme national de santé mentale 2002-2006 a relevé des insuffisances qui recommandent d'autres actions.

Les malades mentaux sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination résultant à la fois des socio-cultures locales et de l'absence de lois spécifiques protégeant ces derniers. Plusieurs dispositions de la législation nationale (code pénal, code de santé publique, code de procédure pénale, code des personnes et de la famille, code des drogues) ne sont pas complétées par des textes d'application permettant une intervention cohérente des différents acteurs.

3.2.2. Données épidémiologiques

Peu de données sur la morbidité des troubles mentaux sont disponibles actuellement. Quelques thèses et mémoires donnent un aperçu parcellaire du phénomène.

Néanmoins, en termes d'activités hospitalières les pathologies récurrentes sont les psychoses aiguës, les psychoses chroniques et les dépressions. Selon les statistiques hospitalières en 2013, 12 642 consultations externes ont été enregistrées pour l'ensemble des services de psychiatrie des Centres hospitaliers nationaux et régionaux et des CMA.

Les hospitalisations étaient de 772 dans les CMA et de 718 dans les CHR et CHU à la même période(1).

Bien que ces données à l'échelle nationale soient fragmentaires, on observe une demande de plus en plus croissante en matière de PEC des abus de drogues et d'alcool dans les formations sanitaires.

3.2.3. Offre de soins

Les soins de santé mentale sont assurés aussi bien par les services de santé que les tradipraticiens.

Plusieurs études sur les itinéraires thérapeutiques démontrent que les malades mentaux recourent pour la plupart systématiquement aux soins traditionnels avant, pendant ou après les soins en milieu psychiatrique.

Dans la plupart des sociétés traditionnelles Burkinabè, plusieurs ordres de causalités sont avancés pour expliquer la maladie mentale. Ces interprétations sont souvent à l'origine de demandes de soins auprès de la médecine traditionnelle et un retard de recours au système moderne de soins.

Les services généraux de santé qui assurent des soins aux populations s'impliquent peu ou pas du tout dans la dispensation des soins de santé mentale. Cette situation a comme conséquences, entre autres, l'insuffisance d'intégration des soins de santé

mentale dans les PMA des CSPS. Cette intégration est pourtant indispensable pour un meilleur accès aux soins pour le plus grand nombre de demandeurs.

Les soins modernes de santé mentale ne sont pas suffisamment pris en compte au niveau communautaire.

Les activités actuellement menées dans les structures de santé mentale sont principalement axées sur les soins curatifs.

Les soins ré adaptatifs ne sont réalisés que partiellement et les visites à domicile (VAD) sont insuffisantes.

L'insuffisance quantitative des structures et du personnel spécialisé, rend ces soins peu disponibles et peu accessibles à la population.

Les groupes spécifiques tels les prisonniers, les toxicomanes et alcooliques, les personnes âgées, les malades mentaux errants, les enfants dans la rue, les réfugiés, les personnes en situation de marginalisation, les personnes victimes de catastrophe ne sont toujours pas objet d'une attention particulière et par conséquent il n'existe pas un dispositif spécial pour leur prise en charge.

Des structures dépendant du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale participent également à la prise en charge de l'enfance en difficulté, ce sont : le Centre d'Education Spécialisée et de Formation de Gampèla, la Maison de l'Enfance André DUPONT de Orodara et le Centre de réinsertion des adolescents en en situation de conflit avec la loi de Laye.

A côté de ces structures publiques, il existe des cliniques privées, des ONG, des associations et des organisations confessionnelles tant à Ouagadougou que dans les autres villes qui participent à la prise en charge des malades mentaux et épileptiques en général et de l'enfance en difficulté en particulier.

La participation communautaire à la prise en charge des malades mentaux est quasi-inexistante. Sur le terrain ces associations travaillent de façon isolée.

3.2.4. Situation des ressources en santé mentale

Les ressources de la santé mentale sont celles du système national de santé.

3.2.4.1 Ressources humaines

Le personnel soignant travaillant dans le secteur de la santé mentale au 31 décembre 2012 se compose de catégories professionnelles ci-après : psychiatres, psychologues, infirmiers spécialistes en psychiatrie et travailleurs sociaux.

i) Psychiatres : ils sont au nombre de huit répartis entre les deux hôpitaux nationaux de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, soit 0,046 psychiatre pour 10 000 habitants pour une norme OMS de 0,34 pour 10 000 habitants ;

ii) Psychologues : au nombre de six (6), ils sont répartis dans les services de psychiatrie du CHUYO, de pédiatrie du CHUCDG et du CMA du secteur 30 de Ouagadougou; soit 0,0034 psychologue pour 10 000 habitants pour une norme OMS de 0,14 psychologue pour 10 000 habitants.

Des psychologues cliniciens et des étudiants ayant des diplômes de maîtrise en psychologie, non répertoriés exercent dans le secteur sanitaire privé surtout dans l'accompagnement psychosocial des PvVIH et des enfants en difficulté.

iii) Infirmiers spécialistes en psychiatrie : ils sont au nombre de cent dix-huit (118) dont quatre-vingt-dix-huit (98) exerçant dans les structures de soins, cinq (05) dans l'enseignement, cinq (05) dans l'administration et quatre (04) dans les ONG et 6 sont en situation de détachement ou en disponibilité soit 0,068 infirmier spécialiste en psychiatrie pour 10 000 habitants une norme OMS de 1,9 infirmier spécialiste en psychiatrie pour 10 000 habitants;

iv) Travailleurs sociaux : au nombre de 2 sont répartis entre les deux hôpitaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso soit 0,0011 pour 10 000 habitants pour une norme OMS de 2 travailleurs pour 10 000 habitants.

Il faut noter que certains services de psychiatrie font appel de manière ponctuelle au service social de leur localité en cas de besoin.

Le personnel de santé mentale est inégalement réparti : les grandes villes Ouagadougou et Bobo concentrent l'essentiel du personnel médical et psychologue mais aussi le personnel infirmier. En effet, les seules villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso regroupent 59,66 % des effectifs soit 40,33% à Ouagadougou et 19,32 % à Bobo-Dioulasso.

Tous les médecins psychiatres sont à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso et tous les psychologues à Ouagadougou. Concernant les infirmiers spécialistes, ces deux dernières villes concentrent 52,94% de leur effectif. Le reste du personnel infirmier spécialiste est en majorité dans les CHR dont certains ne disposent que d'un seul agent.

Cette situation pose le problème de la qualité des soins surtout qu'il n'y a ni supervision périodique ni formation continue du personnel ; à cela s'ajoutent les fréquentes fermetures des structures de soins pour cause d'affectation, au détriment des files actives des malades déjà engagés dans un circuit de soins.

Les formations continues n'existent pas sous forme d'activités planifiées ; elles sont très rares.

Ce récapitulatif met en exergue non seulement l'insuffisance quantitative et qualitative en personnel mais aussi sa mauvaise répartition dans le domaine de la santé mentale. Les professionnels tels les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les éducateurs sociaux, acteurs nécessaires pour une meilleure qualité de soins en santé mentale font défaut en l'état actuel dans les formations sanitaires.

3.2.4.2. Infrastructures, équipements et logistique

Infrastructures et équipements

Deux CHU disposent chacun d'un service de psychiatrie d'une capacité totale d'accueil de soixante onze (71) lits.

Tous les CHR ont un service de santé mentale. Ils ont une capacité d'accueil globale de cinquante sept (57) lits, soit une moyenne de six (6) lits.

En 2009, le nombre de lits affectés aux services de santé mentale représentait 4,52% de l'ensemble des lits des CHU et des CHR.

Sur trente un (31) CMA offrant des soins de santé mentale, dix neuf (19) ne disposent que d'un bureau de consultation tandis que six (6) ont un lit d'observation et/ou une cellule d'isolement soit 24%.

Le nombre total de lits dans les CMA est de vingt cinq (25) soit une moyenne de d'un(1) lit par CMA.

Seuls les services de psychiatrie des deux CHU, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso disposent de matériel informatique.

Logistique

Les services de santé mentale ne disposent pas de moyen de déplacement pour les activités extra hospitalières (les sorties de supervision, de visite à domicile, de sensibilisation, les consultations décentralisées etc.).

3.2.4.3. Ressources financières

Les allocations financières de la santé mentale rentrent dans le cadre global du financement des activités des structures de santé. Les principales sources de financement du programme sont le budget de l'Etat et l'OMS. Il n'existe pas une rubrique spécifique de financement des actions de santé mentale ; ceci a pour conséquence l'insuffisance de la prise en compte de ces activités dans les plans d'action des différentes structures de santé.

En rapport avec les activités de santé publique, les partenaires tels que l'OCADES à travers ses différents projets alloue annuellement des fonds pour la mise en œuvre de leurs activités relevant du volet santé mentale.

L'état et les ménages sont les deux premiers pourvoyeurs des ressources financières de la santé. En 2008, les ménages ont participé au financement de la santé à hauteur de 38, 85% (1).

La coopération décentralisée notamment les jumelages ont permis également de mobiliser des ressources matérielles et financières (1).

3.2.4.4. Médicaments

Malgré l'adoption de la stratégie des médicaments essentiels génériques, les services de santé mentale ne disposent que de très peu de molécules sous cette

forme. Le coût des ordonnances médicales en psychiatrie est très élevé. Quand ils existent, ils connaissent de fréquentes ruptures au même titre que les spécialités dans les officines privées.

La disponibilité des psychotropes n'est pas effective pour la prise en charge des malades mentaux dans les structures de santé.

3.2.4.5. Formation et enseignement

La formation des psychiatres qui était assurée dans les universités de Dakar au Sénégal, et de Cotonou au Bénin, est depuis 2003 organisée à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou ; ceci aurait pu accroître le nombre de psychiatre si les médecins s'engageaient dans la spécialisation.

Un enseignement théorique de la psychiatrie d'un volume horaire annuel de 30 heures est assuré aux étudiants en médecine dans le cursus de formation des étudiants en médecine. Un enseignement théorique de la psychologie médicale est dispensé par certaines universités. Cet enseignement théorique est complété par des stages pratiques.

Depuis 1987, le Burkina Faso a opté pour une formation sur place du personnel infirmier spécialiste en santé mentale. Les candidats sont recrutés parmi les IDE, les SFE et ME. La formation dure deux ans et est assurée par l'ENSP. Le service de psychiatrie du CHU YO sert de cadre de stage pratique.

Un enseignement théorique de la psychiatrie d'un volume horaire de 10 heures est assuré aux élèves sages femmes sans stage pratique tandis que, les élèves infirmiers d'Etat reçoivent un cours théorique de 17 heures avec un stage pratique de deux semaines dans les structures de soins psychiatriques.

3.2.4.6. Recherche et évaluation

La recherche en matière de santé et de maladie mentale est très insuffisante. Les activités de recherche menées dans le cadre de la formation des psychiatres, des médecins généralistes, des infirmiers spécialisés en santé mentale ont concerné principalement :

- La clinique et l'épidémiologie
- la prévention
- la psychopathologie
- les représentations culturelles des maladies mentales.

Ces recherches ont contribué certes à une meilleure connaissance de certains problèmes de santé mentale au Burkina Faso mais restent encore très insuffisantes. La création d'une direction de la recherche en santé au sein du ministère de la santé devrait être un atout pour maximiser les projets de recherche.

3.2.4.7. Gouvernance du programme national de santé mentale

La mise en œuvre du projet de développement de la santé mentale au Burkina Faso avait nécessité la création d'une coordination nationale des actions de santé mentale

à vocation consultative. A sa création, cette coordination était rattachée au bureau d'étude du Secrétariat général du ministère de la santé. La coordination a fonctionné avec un organe dirigé par un médecin psychiatre nommé coordinateur par arrêté ministériel.

Avec l'adoption du programme national de santé mentale en 2002, un coordonnateur a été nommé par arrêté ministériel pour gérer le programme, sous la tutelle de la Direction de la lutte contre la maladie.

IV. PROBLEMES PRIORITAIRES IDENTIFIES

De l'analyse situationnelle, il ressort les problèmes prioritaires suivants :

Problème n°1 : Le leadership et la gouvernance du ministère de la santé en matière de santé mentale sont faibles

En effet, malgré les acquis à travers la mise en place d'une coordination et d'un programme, de nombreux défis restent à relever en matière de gestion et de coordination de la prise en charge dans ce domaine. La concertation en la matière est faible(3). Il n'existe pas de standards et protocoles de traitement. On note l'absence d'une législation psychiatrique, une faible implication des partenaires (ONG, municipalités, travailleurs sociaux).

Par ailleurs la concertation des acteurs intervenant dans la santé mentale est faible. Il en résulte une faible coordination des actions, une mise en œuvre de traitement disparate et l'inexistence d'un processus de réhabilitation des malades.

Problème N°2 : Les ressources humaines pour la prise en charge des troubles mentaux en santé mentale sont quantitativement et qualitativement insuffisantes.

En effet, il y a une insuffisance de ressources humaines pour mieux organiser la prise en charge des malades mentaux tant au plan sanitaire, psychologique que social. On note le manque d'autres types de ressources humaines (orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés) indispensables pour une meilleure prise en charge des troubles mentaux. En outre le personnel existant est mal réparti à travers le pays. Par ailleurs il y a une démotivation des médecins généralistes à se spécialiser en psychiatrie. Il en résulte une mauvaise qualité dans la prise en charge des troubles mentaux.

Problème N°3 : La prise en charge des troubles mentaux est insuffisante

En effet, la prise en charge des malades mentaux exige du personnel spécialiste qualifié, des compétences des acteurs à travers des formations continues pour prendre en charge les groupes cibles spécifiques (alcooliques, toxicomanes, détenus, enfants, malades mentaux errants). Cependant on note une absence de protocoles de soins pour la prise en charge des malades. Aussi on relève une faible connaissance de la santé mentale par la population et une faiblesse du suivi- évaluation des activités de santé mentale. Il en résulte une forte prévalence des troubles mentaux, de handicaps et d'incapacités.

Problème N°4 : les infrastructures, les équipements et les produits de santé en santé mentale sont peu satisfaisants

Les services de santé mentale dans certains CHR et dans tous les CMA ont une faible capacité d'accueil au regard des populations desservies. Ces services manquent de salles d'isolement appropriées.

Sur l'ensemble du pays, il n'existe pas de structures spécialisées pour la prise en charge des conduites addictives. En outre il n'existe pas de centre médico-psycho-éducatif pour la prise en charge des enfants en difficultés psychologiques, ni des structures publiques de réhabilitation des malades mentaux.

Par ailleurs, il y a une insuffisance de toutes les molécules sous forme générique dans les structures de soins.

Il en résulte une faiblesse dans la prise en charge des troubles mentaux.

Problème N°5 : L'information sanitaire en santé mentale est peu disponible et parcellaire

En dehors de quelques thèses, mémoires et études qui traitent de la santé mentale, le système national d'information sanitaire ne prend pas suffisamment en compte le domaine et collecte rarement les données y relatives. Ainsi, il y a des difficultés à concevoir et exécuter les projets, plans et programmes dans ce domaine. Par ailleurs les prévalences et les déterminants des maladies mentales ne sont pas maîtrisés. Il en résulte que les annuaires statistiques sanitaires n'en évoquent pas et les prévalences des troubles mentaux sont peu connues.

Problème N°6 : la recherche en santé mentale est insuffisante

La rareté des études et recherches en santé mentale est évidente et contribue à limiter l'information et les actions en la matière. Elle est imputable en grande partie à l'insuffisance des spécialistes du domaine. Aussi, le personnel disponible à cet effet est plus absorbé par les activités de prise en charge et se consacre peu aux travaux de recherche.

Problème N°7: le financement pour la santé mentale est insuffisant

Les activités de santé mentale souffrent de la rareté des financements. Au cours des programmes antérieurs, la santé mentale n'a pas bénéficié de financements adéquats pour la réalisation de ses activités(3).

Il en résulte une méconnaissance de la santé mentale des populations, une faiblesse de la prise en charge surtout des groupes spécifiques, l'abandon du traitement par les ménages conduisant ainsi à la marginalisation des malades voir leur errance dans les grandes agglomérations.

V. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES ET DEFIS

Le tableau ci-dessous présente un récapitulatif des forces, faiblesses, défis ainsi que les actions requises dans le domaine de la santé mentale.

Tableau1: Analyse des forces, faiblesses, défis et actions requises par orientation stratégique du PNDS 2011-2020.

Orientation stratégique	Forces	Faiblesses	Défis	Actions requises
1.1. Leadership et gouvernance en matière de santé mentale:	<ul style="list-style-type: none"> -Existence d'une coordination ; -Existence d'un programme de lutte ; -Contribution de certaines ONGs et associations à la prise en charge ; -Existence de disposition de portée générale concernant les malades mentaux dans les lois nationales ; -volonté politique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de législation psychiatrique ; -Insuffisance d'implication des partenaires (ONG, municipalités, travailleurs sociaux ; -Absence de coordination des interventions des acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intégration des acteurs de la santé mentale dans les instances de prise de décision ; -Intégration des activités de santé mentale dans les PMA 	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer les cadres de concertation et de coordination (états généraux de la santé mentale) -Renforcer le bureau de la coordination du PNSM (personnel et logistique) -Développer le partenariat -Améliorer le cadre réglementaire existant
1.3. Développement des ressources humaines pour la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> -recrutement de médecins spécialistes en psychiatrie ; -la poursuite du recrutement des infirmiers spécialistes en santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> -Absence d'un type de personnel en santé mentale ; -Mauvaise répartition du personnel ; -Démotivation de médecins à se spécialiser en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> -Couvrir tous les CMA en infirmier spécialiste 	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer les compétences des agents spécialistes ; -Renforcer les plateaux techniques par le recrutement d'orthophonistes, d'ergothérapeutes de psychomotriciens et la mise

				<p>des travailleurs sociaux dans les structures de santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir au moins un psychiatre dans chacun des 9 CHR - Renforcer les capacités des acteurs
<p>1.4. La promotion de la santé et lutte contre la maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Amélioration de l'offre de soins depuis 1958 ; -Participation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle à la prise en charge ; -Bonne couverture du territoire national en service de santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> -Une faible accessibilité aux soins (géographique et financière); -faible connaissance de la santé mentale et de ses actions par la population ; -Faible intégration de la prise en charge des groupes spécifiques (toxicomanes, alcooliques, prisonniers, malades mentaux errants, enfants et adolescents) ; Insuffisance en ressources humaines ; Non intégration des soins de santé mentale dans les PMA ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Meilleure connaissance des populations sur les troubles mentaux et les possibilités thérapeutiques offertes ; -Prise en charge efficiente des groupes spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> - Former 10 attachés en santé mentale par an 	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer la prise en charge des troubles mentaux ; -Développer la prévention des troubles mentaux
<p>1.5. Le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Existence de services de santé mentale dans les neuf CHR et dans 31 CMA ; -création d'unités de pédopsychiatrie dans les CHUYO et CHUSS 	<ul style="list-style-type: none"> -Absence des structures publiques de réhabilitation des malades mentaux -Insuffisance des structures d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> -création des structures de prise en charge des enfants en difficulté médico-psycho-éducatif 	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge des malades mentaux ; -Renforcer les activités de prise en charge socio-thérapeutiques dans les services hospitaliers

				-Mettre en place des structures de réhabilitation complémentaires
1.6. L'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	-Introduction de nouvelles variables de psychiatrie dans les supports de collecte des données	-Insuffisance de prise en compte des indicateurs de santé mentale dans le SNIS		Renforcer la collaboration avec la DGISS pour la mise à disposition des données spécifiques aux troubles mentaux
1.7. La promotion de la recherche pour la santé	-existence de thèses et mémoires relatives aux troubles mentaux	Insuffisance de données sur les maladies mentales à l'échelle nationale		Renforcer la disponibilité des données probantes en santé mentale
1.8. L'accroissement du financement de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	-existence d'un nouveau partenaire (CBM)	Le coût élevé de la prise en charge		-Plaidoyer auprès des autorités pour le financement des activités de santé mentale - Accompagner les OPH en santé mentale dans le plaidoyer pour leur prise en charge

VI. PLAN STRATEGIQUE 2014-2018

6.1. But et Objectifs

6.1.2 But

Contribuer à l'amélioration de la santé mentale des populations.

6.1.3 Objectif général

Promouvoir la lutte contre les troubles et les maladies mentales.

6.1.4 Objectifs spécifiques

1. Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale ;
2. Développer les ressources humaines pour la santé mentale ;
3. Améliorer l'offre de soins dans la prise en charge des troubles mentaux ;
4. Renforcer les infrastructures, les équipements et les produits de santé pour la prise en charge des troubles mentaux ;
5. Développer la recherche en santé mentale ;
6. Accroître les ressources financières pour la prise en charge des troubles mentaux.

6.2. Axes stratégiques d'interventions

Ce plan stratégique s'articule autour de 12 axes stratégiques comme indiqué dans le tableau 2.

Tableau 2: Axes stratégiques d'intervention

Orientations stratégiques	Axes stratégiques
Orientation stratégique N° 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le domaine	Renforcement de la coordination interne des interventions du programme national de santé mentale
	Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine de la santé mentale
	Renforcement des textes législatifs existants en matière de santé mentale
Orientation stratégique N° 3 : Développement des ressources humaines pour la santé	Renforcement des ressources humaines pour la santé mentale
Orientation stratégique N° 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie	Renforcement de la lutte contre les troubles et les maladies mentales
	Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé mentale
Orientation stratégique N° 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	Renforcement des activités de prise en charge socio-thérapeutiques dans les services hospitaliers
	Développement des services et unités de psychiatrie dans les CHU, CHR et CMA
	Renforcement des équipements et produits de santé mentale
Orientation stratégique N° 7 : Promotion de la recherche pour la santé	Amélioration de la recherche en santé mentale
Orientation stratégique N°8 : Accroissement des financements de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	Mobilisation des ressources financières en faveur des actions de santé mentale
	Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé mentale

6.3. Descriptif des axes stratégiques

Axe1 : Renforcement de la coordination interne des interventions du programme national de santé mentale

Au cours de l'évaluation du programme national de santé mentale en 2012, il est ressorti une faible capacité managériale de la coordination du programme national de santé mentale. A cet effet, cet axe proposé pour la mise en œuvre du plan stratégique permettra de relever ce défi. Dans ce sens il s'agira pour la coordination du programme de réaliser des activités de dissémination du plan pour mieux le faire connaître des acteurs du ministère de santé et d'autres départements ministériels partenaires ainsi qu'au niveau des ONG et associations.

Au niveau de cet axe stratégique, il sera aussi nécessaire de renforcer les capacités fonctionnelles de la coordination à travers des réunions institutionnelles périodiques et des supervisions. La mise en place d'un plan de suivi évaluation du plan stratégique de santé mentale 2014-2018 permettra une évaluation continue des activités.

Les différentes activités planifiées devraient aboutir à une meilleure gouvernance du programme national de santé mentale.

Axe 2 : Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine de la santé mentale

Les intervenants dans le domaine de la santé mentale sont diversifiés voire multisectoriels. Aux différentes activités menées par les structures sanitaires publiques, il existe d'autres départements ministériels ainsi que des ONG et associations.

Il s'agira de déterminer les principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires de la santé mentale.

Il sera nécessaire d'organiser des rencontres périodiques avec les différents partenaires afin de renforcer le partenariat et de capitaliser les actions de ceux-ci.. Cela induira inéluctablement une meilleure visibilité des actions et des fonds alloués pour la mise en œuvre des actions du plan stratégique.

Le renforcement du partenariat favorisera la mise en réseau des acteurs impliqués dans la prise en charge des malades mentaux.

Axe 3 : Renforcement des textes législatifs existants en matière de santé mentale

Les textes législatifs en matière de santé mentale sont insuffisants et éparses. On les retrouve dans le code de santé publique, le code des personnes et de la famille, le code des drogues ainsi que dans le code pénal.

Il s'agira d'élaborer à partir de ces textes existants des mesures d'application et de compléter notre dispositif juridique en matière de droits des personnes porteuses de troubles mentaux.

Axe 4 : Renforcement des ressources humaines de qualité pour la santé mentale

Il s'agira de renforcer les compétences des agents spécialistes par des stages de perfectionnement sur des thématiques émergentes pour s'adapter à l'évolution scientifique.

L'état du personnel devra être renforcé par le recrutement d'autres types de spécialistes tels les orthophonistes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

Axe 5 : Renforcement de la lutte contre les troubles et les maladies mentales

La prise en charge des malades mentaux exige du personnel spécialiste qualifié. Il conviendrait au niveau de cet axe de renforcer les compétences des acteurs à travers des formations continues et ciblées. Les groupes cibles spécifiques (alcooliques, toxicomanes, épileptiques, malades mentaux errants, détenus, enfants en situation particulièrement difficile, personnes âgées, réfugiés, déplacés, rapatriés) devront bénéficier des prestations de soins de santé mentale.

Une attention particulière devrait être accordée à l'accompagnement psychologique des victimes de catastrophe.

La prise en charge en général, devrait être renforcée à travers l'utilisation des protocoles de soins.

Axe 6 : Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé mentale

La communication pour le changement de comportement est fondamentale dans tout projet de santé. Pour la santé mentale, la communication peut permettre d'anticiper l'apparition des troubles.

Il s'agira de développer des actions de prévention à l'intention de la population générale (projection de film, causeries, théâtres, émissions radiophoniques et télévisuelles) et à certains groupes spécifiques notamment les toxicomanes et les alcooliques.

Axe7 : Développement des services et unités de psychiatrie dans les CHU, CHR et CMA

Les services de santé mentale dans certains CHR et dans tous les CMA ont une faible capacité d'accueil ou même manque d'une infrastructure indispensable à la santé mentale qu'est la salle d'isolement.

Certains troubles spécifiques manquent d'infrastructures d'accueil, par exemple les conduites addictives.

Il s'agira d'offrir certaines commodités aux malades hospitalisés par l'octroi de salles d'hospitalisation surtout dans les CHR et CMA. La mise à disposition de tous les services de santé mentale de salle d'isolement. Il conviendrait par ailleurs la création d'un centre d'addictologie à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso ainsi qu'un centre aéré pour personnes âgées.

Axe 8 : Renforcement des activités de prise en charge socio-thérapeutiques dans les services hospitaliers

La prise en charge des troubles mentaux nécessite des aspects de réhabilitation et d'insertion ou de réinsertion socioprofessionnelle.

A cet effet, il s'agira de renforcer les activités de prise en charge socio- thérapeutiques dans les services de santé mentale et particulièrement dans les services hospitaliers. Ce renforcement se fera à travers la mise en place des ateliers de thérapie occupationnelle (menuiserie, jardinage, dessin, peinture, jeux de société) et des interventions sociales dans les services hospitaliers.

Axe 9 : Renforcement des équipements et produits de santé mentale

L'équipement des services et la mise à disposition des produits de santé est indispensable pour une offre des prestations de qualité.

Au niveau des services de santé mentale, cet équipement constitue une difficulté pour ces services. Concernant les produits de santé, les psychotropes sous forme générique connaissent des ruptures fréquentes. Dans certains CHR ou CMA ces médicaments ne sont pas toujours disponibles au dépôt MEG.

Il s'agira d'octroyer aux services de santé mentale un équipement standard (tables, chaises, lits, matelas, pèse personne, tensiomètre etc.), de mettre à la disposition des psychotropes dans les dépôts MEG et de servir les médicaments pour la prise en charge des urgences.

Axe 10 : Amélioration de la recherche en santé mentale

En matière de prise en charge des maladies, les différents types de recherche contribuent à l'amélioration des prestations. Cependant, force est de constater que les différentes recherches menées tant par les chercheurs, les étudiants de l'UFR/SDS ainsi que les élèves de l'ENSP ne sont pas capitalisées.

Ainsi, il s'agira au cours de ce plan de mettre à la disposition des décideurs des résultats de recherches probants dans le domaine de la santé mentale.

Axe 11 : Mobilisation des ressources financières en faveur des actions de santé mentale

Dans une perspective d'une meilleure mise en œuvre du plan, la mobilisation des ressources financières est la pierre angulaire. Il s'agira de faire un plaidoyer auprès des acteurs pour le financement des activités de santé mentale à travers la mise en place de mutuelle.

Axe 12 : Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé mentale

En vue de réduire les coûts indirects liés à la prise en charge des cas (transports, hébergement ...), les services de santé mentale seront étendus à d'autres CMA.

Par ailleurs un plaidoyer sera fait pour la diminution des coûts des médicaments psychotropes sous dénomination générique.

Il s'agira également d'accompagner les OPH en santé mentale dans le plaidoyer pour leur prise en charge à travers les dispositions existantes telle que l'assurance maladie universelle en préparation dans le pays.

Tableau 3 : Orientations stratégiques, objectifs spécifiques, axes stratégiques et actions prioritaires

Orientations stratégiques	Objectifs spécifiques	Axes stratégiques	Actions prioritaires
Orientation stratégique N° 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	Objectif 1 : Renforcer les capacités fonctionnelles de la coordination	Axe stratégique 1.1. Renforcement de la coordination interne des interventions du programme national de santé mentale	1.1.1 Renforcer les cadres de concertation et de coordination
		Axe stratégique 1.2. Renforcement de la collaboration intersectorielle et du partenariat dans le domaine de la santé mentale	1.2.1 : Développer le partenariat
		Axe stratégique 1.3. Renforcement des textes législatifs existants en matière de santé mentale	1.3.1 : Améliorer le cadre réglementaire existant
Orientation stratégique N° 3 : développement des ressources humaines pour la santé	Objectif 2. Développer les ressources humaines pour la santé mentale	Axe stratégique 2.1 Renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité pour la santé mentale	2.1.1 : Renforcer les compétences des agents spécialistes
			2.1.2 : Renforcer l'état du personnel par le recrutement d'orthophonistes, d'ergothérapeute, de psychomotriciens et la mise à disposition des travailleurs sociaux 2.1.3 : Former des spécialistes en santé mentale
Orientation stratégique N° 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie	Objectif 3. Améliorer l'offre de soins dans la prise en charge des troubles mentaux	Axe stratégique 3.1 Renforcement de la lutte contre les troubles mentaux	3.1.1 : Renforcer les capacités des acteurs
			3.1.2 : Renforcer la prise en charge des troubles mentaux
		Axe stratégique 3.2 Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé mentale	3.2.1 : Développer la prévention des troubles mentaux
Orientation stratégique N° 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	Objectif 4 Renforcer les infrastructures, les équipements et les produits de santé	Axe stratégique 4.1 Renforcement des infrastructures pour la prise en charge des malades mentaux et des	4.1.1 : Renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge des malades mentaux

	pour la prise en charge des troubles et des malades mentaux	structures de réhabilitation	4.1.2 : Renforcer les activités de prise en charge socio-thérapeutiques dans les services hospitaliers
		Axe stratégique 4.2 Renforcement des équipements et produits de santé mentale	4.2.1 : Assurer la disponibilité des produits pour la prise en charge des maladies mentales
			4.2.2 : Assurer la disponibilité des équipements standards pour la charge des maladies
Orientation stratégique N° 7 : Promotion de la recherche pour la santé	Objectif 5 Développer la recherche en santé mentale	Axe stratégique 5.1 Amélioration de la recherche en santé mentale	5.1.1 : Renforcer la disponibilité des données probantes en santé mentale
Orientation stratégique N°8 : Accroissement des financements de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	Objectif 6 Accroître les ressources financières pour la prise en charge des troubles et des maladies mentales	Axe stratégique 6.1 Mobilisation des ressources financières en faveur des actions de santé mentale	6.1.1 Faire le Plaidoyer auprès des décideurs pour le financement des activités de santé mentale
		Axe stratégique 6.2 Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé mentale	6.2.1 : Accompagner les OPH en santé mentale dans le plaidoyer pour leur prise en charge

6.4. Actions prioritaires par axe stratégique

Les actions prioritaires par axe stratégique sont définies dans le tableau 4.

Tableau 4: Actions prioritaires par axe stratégique

Axe stratégique	Actions prioritaires	Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs
Objectif 1 : Renforcer les capacités fonctionnelles de la coordination				
Axe stratégique 1.1 : Renforcement de la coordination interne des interventions du programme national de santé mentale	1.1.1. : Renforcer les cadres de concertation et de coordination	MS	DAF DGPS DRH DGSP DRS, DS, Hôpitaux DGPLM PNDS DGHSSP ONG/Partenaires	-Nombre de réunions de la coordination -Nombre de réunions avec les structures centrales - Nombre de supervisions -Atelier tenu -Journée mondiale de la santé mentale célébrée -plan stratégique évalué à mis parcours - Evaluation finale du plan stratégique réalisée
Axe stratégique 1.2 : Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine de la santé mentale	1.2.1. Développer le partenariat	MS	Partenaires DRS DS Hôpitaux MASSN ONG/Associations	-Nombre de réunions -Nombre d'ONG/associations répertoriées -Nombre de rencontres régionales
Axe stratégique 1.3. Renforcement des textes législatifs existants en matière de santé mentale	1.3.1. Améliorer le cadre règlementaire existant	MS	MJGS MASSN Municipalités Parlement	Atelier tenu textes disponibles
Objectif 2 : Développer les ressources humaines pour la santé mentale				
Axe stratégique 2.1 : Renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité pour la santé mentale	2.1.1 Renforcer les compétences des agents spécialistes	MS (DRH)	DRH MSFPSS Hôpitaux	Nombre d'agents formés
	2.1.2 Renforcer l'état du personnel par le recrutement d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et la mise à disposition de travailleurs sociaux	MS (DRH)	DRH MSFPSS Hôpitaux	
	2.1.3 Former des spécialistes en santé mentale			

Axe stratégique	Actions prioritaires	Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs
Objectif 3 : Améliorer l'offre de soins dans la prise en charge des troubles mentaux				
Axe stratégique 3.1 Renforcement de la lutte contre les troubles mentaux et les maladies mentales	3.1.1 Renforcer les capacités des acteurs	MS	DES Partenaires MASSN MJGS ONG/Associations	-nombre d'agents formés
	3.1.2 Renforcer la prise en charge des troubles mentaux	MS (hôpital)	DES Partenaires MASSN MJGS ONG/Associations	-nombre de protocoles élaborés et diffusés -% de services ayant reçu les protocoles -nombre de consultations psychiatriques réalisées -% de prisons bénéficiaires -nombre de protocole évalué -directives communautaires de prise en charge des malades mentaux élaborées
Axe stratégique 3.2 Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé mentale	3.2.1 Développer la prévention des troubles mentaux	MS	MASS N MESR S DRS DS Partenaires	-nombre de séances de CCC réalisées -Nombre de districts couverts -nombre d'établissements couverts - nombre de magazine télévisuel -nombre d'émissions radiophoniques -film documentaire -liste du matériel -nombre d'affiches
Objectif 4: Renforcer les infrastructures, les équipements et les produits de santé pour la prise en charge des troubles mentaux				
Axe stratégique 4.1 : Renforcement en infrastructures pour la prise en charge des malades mentaux et des structures de réhabilitation	4.1.1 Renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge des malades mentaux	MS (DIEM)	MEF Partenaires	-Nombre de centres construits -Nombre de salles d'hospitalisation construits -% de service de santé mentale disposant d'une salle d'isolement
	4.1.2 Renforcer les services hospitaliers à travers des activités de prise en charge socio-thérapeutiques	MS (DIEM)	MEF MASSN Partenaires	-Nombre de services hospitaliers menant des activités socio-thérapeutiques

Axe stratégique	Actions prioritaires	Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs
Axe stratégique 4.2 : Renforcement des équipements et produits de santé mentale	4.2.1 Assurer la disponibilité des produits pour la prise en charge des maladies mentales	MS (DGPLM, Hôpitaux)	Partenaires CHR CMA CAMEG	-% de service de santé mentale disposant de psychotropes -liste des psychotropes sous forme générique mise à jour -% de service de santé mentale des CMA et CHR n'ayant pas connu de rupture
Objectif 5 : Développer la recherche en santé mentale				
Axe stratégique 5.1 : Amélioration de la recherche en santé mentale	5.1.1 : Renforcer la disponibilité des données probantes en santé mentale	MS (DGISS)	Instituts de recherche MESS MRI Partenaires	Nombre de recherches effectuées relatives aux maladies mentales
Objectif 6 : Accroître les ressources financières pour la prise en charge des troubles et des maladies mentales				
Axe stratégique 6.1 : Mobilisation des ressources financières en faveur des actions de santé mentale	6.1.1. Plaidoyer auprès des acteurs pour le financement des activités de santé mentale	MS	MASSN Partenaires ONG/Associations	Plaidoyer réalisé
Axe stratégique 6.2 Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé mentale	6.2.1 Accompagner les OPH en santé mentale dans le plaidoyer pour leur prise en charge	MS	MASSN Partenaires ONG/Associations OPH	Nombre de séances d'information et de sensibilisation des OPH

6.5 Chronogramme des activités

Tableau 5 : Chronogramme des activités

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
		A1	A2	A3	A4	A5					
Orientation stratégique n° 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé											
Objectif 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance en matière de santé mentale											
Axe stratégique 1.1 : Renforcement de la coordination interne des interventions du programme national de santé mentale											
Action prioritaire 1.1.1. : Renforcer les cadres de concertation et de coordination											
1.	Tenir une réunion mensuelle de la coordination du programme	x	x	x	x	x	MS		Nombre de réunions de la coordination	Rapport de réunions de la coordination du programme	PM
2.	Organiser une conférence annuelle sur la santé mentale	x	x	x	x	x	MS	MASSN MJ ONG/associations	Conférence tenue	Rapport d'activités	9 312 461
3.	Tenir une rencontre d'information avec les directions centrales sur le plan stratégique	x					MS	DAF DGPS DRH DGSF DGPLM DGHSSP	Nombre de réunions avec les structures centrales	Rapport de réunions	80 000
4.	Suivre la mise en œuvre du plan stratégique	x	x	x	x	x	MS	PNDS	Nombre de supervisions	Rapports de suivi	83 879 608
5.	Organiser quatre rencontres régionales de dissémination du plan stratégique	x					MS	DRS, DS, Hôpitaux	Nombre de rencontres	Rapports de travail	18 076 534

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
6.	Organiser un atelier de consensus sur les rôles de chaque intervenant dans la santé mentale	x					MS	ONG/associations partenaires	Atelier tenu	Rapport de rencontre	10 455 720
7.	Evaluer le plan stratégique à mi-parcours			x			MS	PNDS	Plan stratégique évalué à mi-parcours	Rapport d'évaluation	3 750 000
8.	Célébrer la journée mondiale de santé mentale le 10 octobre	x	x	x	x	x	MS	ONG Partenaires	Journée mondiale célébrée	Rapport d'activités	125 000 000
9.	Réaliser une évaluation finale du plan stratégique					x	MS	PNDS	Evaluation finale réalisée	Rapport d'évaluation	3 750 000
Action prioritaire 1.1.2. : développer le partenariat											
10.	Tenir une réunion semestrielle avec les partenaires de la santé mentale	x	x	x	x	x	MS	Parténaires	Nombre de réunions	Rapport de réunions	885 000
11	Tenir une rencontre dissémination du plan stratégique avec les partenaires	x					MS	MASSN MJ ONG et Associations Municipalités PTF	Rencontre tenue	Rapport d'activités	150 000
12	Elaborer une convention cadre avec les partenaires	x						MASSN MJ ONG et Associations, Municipalités; PTF	Rencontre tenue	Rapport d'activités	8 261 438
13.	Répertorier sur l'ensemble du territoire les associations/ONG intervenant dans la prise en charge des malades mentaux	x					MS	DRS DS Hôpitaux MASSN ONG/Associations	Nombre d'ONG/associations répertoriées	Rapports d'activités	2 610 438

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
14.	Organiser par région une séance d'informations sur le système de prise en charge par réseau des malades	x					MS	DRS DS Hôpitaux MASSN ONG/Associations	Nombre de rencontres régionales	Rapports de réunions	2 610 438
Action prioritaire 1.1.3. : Améliorer le cadre législatif et réglementaire											
15	Rédiger un avant projet de textes d'application de loi sur la santé mentale						MS	MJ MASSN Municipalities			1 125 000
16.	Tenir un atelier d'élaboration de l'avant projet de loi sur la santé mentale et ses textes d'application	x					MS	MJ MASSN Municipalities	Atelier tenu	Rapport de l'atelier	1 125 000
17	Tenir un atelier de validation de l'avant projet de loi sur la santé mentale	x						MJ MASSN Municipalities	Atelier tenu	Rapport de l'atelier	7 136 438
Orientation stratégique n° 3 : Développement des ressources humaines pour la santé											
Objectif 2 : Développer les ressources humaines pour la santé mentale											
Axe stratégique 2.1 : Renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité pour la santé mentale											
Action prioritaire 2.1.1. : Renforcer les compétences des agents spécialistes											
18.	Former quatre (04) attachés de santé en addictologie pour les centres de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso		x				MS	DRH MFPSS Hôpitaux	Nombre d'agents formés	Rapport de stage	4 900 000

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
19.	Former deux (2) médecins psychiatres en gérontologie pour les deux CHU (CHUYO, CHUSS)		x				MS	DRH MFPSS	Nombre d'agents formés	Rapport de formation	33 500 000
20	Former quatre attachés de santé en gérontopsychiatrie			x			MS	DRH MFPSS	Nombre d'agents formés	Rapport de formation	4 900 000
21.	Recruter quatre orthophonistes		x	x	x		MS	DRH MSFPSS	Nombre d'agents recrutés	arrêté de recrutement	1 500 000
22.	Recruter quatre psychomotriciens		x	x	x		MS	DRH MSFPSS	Nombre d'agents recrutés	arrêté de recrutement	1 500 000
23	Former 3 médecins psychiatres par an	x	x	x	x	x	MS	DRH MSFPSS	Nombre d'agents formés	Rapport de formation	43 650 000
24	Recruter trois médecins psychiatres pour les CHR de Tenkodogo, Koudougou et Ouahigouya		x	x	x	x	MS	DRH MSFPSS	Nombre d'agents formés	Rapport de formation	1 500 000
25.	Recruter trois psychologues cliniciens par an		x	x	x	x	MS	DRH MSFPSS	Nombre d'agents formés	Rapport de formation	25 050 000
26.	Faire un plaidoyer auprès du Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale pour l'affectation des travailleurs sociaux dans les services de santé mentale		x				MS(SG)	MASSN	Nombre d'agents affectés	Rapport de plaidoyer	PM

N°	Activités	Période d'exécution				Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA	
27.	Former 60 agents des services de pédiatrie au dépistage et à la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent		x	x	x		MS	DES Partenaires	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	14 246 822
28.	Former 60 agents des services de maternité et des SMI au dépistage précoce et à la prévention des troubles mentaux		x	x	x		MS	DES Partenaires	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	14 246 822
29	Former 120 attachés de santé à la psychiatrie communautaire		x	x	x	x	MS	DRH Hôpitaux	Nombre d'agents formés	Rapport de stage	30 000 000
30.	Former 80 attachés de santé en santé mentale en pédopsychiatrie		x	x			MS	DES Partenaires	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	11 938 340
31.	Former 60 attachés de santé sur les conduites addictives		x	x	x		MS	DES Partenaires	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	14 313 734
32.	Former 60 attachés de santé en santé mentale sur les urgences psychiatriques		x	x	x		MS	DES Partenaires	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	14 246 822
33.	Former 30 formateurs régionaux sur la santé mentale	x					MS (DGS)	DRS DS	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	9 950 000
34.	Former 80 éducateurs de jeunes enfants sur les troubles du développement et de comportement de l'enfant		x	x			MS	MASSN	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	16 850 000

N°	Activités	Période d'exécution				Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
35.	Former 40 éducateurs et animateurs des ONG intervenant dans le domaine de la santé mentale sur les troubles de développement et du comportement de l'enfant et de l'adolescent		x	x		MS	MASSN ONG/Associations	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	9 316 922
36.	Former 45 aides maternelles sur les troubles de développement et du comportement de l'enfant et de l'adolescent		x	x		MS	MASSN Orphelinats et autres centres d'accueil	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	5 550 000
37.	Former 30 agents de santé des maisons d'arrêt et de correction sur les principales maladies mentales			x		MS	MJ	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	18 245 754
38.	Former 60 attachés en gérontopsychiatrie		x			MS	DES Partenaires	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	10 616 438
39.	Former 40 attachés de santé en médiation sociale		x			MS	DES Partenaires	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	7 906 438
40.	Former 20 attachés des affaires sociales en médiation sociale		x			MS	DES Partenaires MASSN	Nombre d'agents formés	Rapport d'activités	5 406 438
41.	Former 120 infirmiers de la prise en charge des PVVIH sur l'accompagnement psychosocial		x	x	x	MS	DRS DS CMA	Nombre d'infirmiers formés	Rapport d'activités	17 906 438

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
Action prioritaire 3.1.1 : Renforcer la prise en charge des troubles et des malades mentaux										45 793 563	
42.	Organiser un atelier d'élaboration des protocoles de traitement des malades mentaux pour le personnel infirmier		x				MS	DES Partenaires	Nombre de protocoles élaborés	Rapport d'activités	8 321 438
43.	Diffuser les protocoles de traitement des malades mentaux		x				MS	DES Partenaires	-% de services ayant reçu les protocoles	Etat de répartition	1 000 000
44.	Evaluer les protocoles de traitement			x			MS	Hôpitaux	Nombre de protocole de traitement évalué	Rapport d'activités	317 248
45.	Elaborer les directives pour la prise en charge des malades mentaux au niveau communautaire		x				MS(DSC)	ONG/Associations	Directives élaborés	Etat de répartition	6 001 438
46	Réaliser une consultation psychiatrique dans les prisons une fois par mois	x	x	x	x	x	MS	Ministère de la Justice	-Nombre de consultations psychiatriques réalisées -% de prisons bénéficiaires	Rapport d'activités	24 375 000
47.	Tenir un atelier de réflexion pour la création et la mise en œuvre d'un dispositif de prise en charge et de réinsertion socio-économique des malades mentaux errants des grandes agglomérations		x				MS	MASSN Communes	-Existence d'un dispositif de PEC des MME -Nombre de malades mentaux pris en charge	Rapport d'activités	5 778 438

N°	Activités	Période d'exécution				Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA	
Axe stratégique 3.1.2 : Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé mentale											
Action prioritaire 3.2.1. : Développer la prévention des troubles et des maladies mentales											
48.	Sensibiliser les populations de tous les districts sanitaires sur la toxicomanie		x	x	x	x	MS	MASSN DRS DS	Nombre de séances de CCC réalisées	Rapport d'activités	43 341 933
49	Réaliser deux émissions radiophoniques par an dans chaque région sanitaire sur les problèmes de santé mentale des personnes âgées		x	x	x	x	MS	MASSN DRS DS	Nombre d'émissions réalisées	Rapport d'activités	65 000 000
50.	Sensibiliser une fois par an dans les établissements secondaires des 45 provinces sur (l'hygiène mentale, la toxicomanie, la violence)		x	x	x	x	MS	MESRS MASSN	-Nombre de séances réalisées -Nombre d'établissements couverts	Rapport d'activités	900 000 000
51.	Acquérir du matériel de sonorisation et de projection		x				MS	Partenaires	Liste du matériel	Bordereau de réception	2 550 000
52.	Réaliser par an deux émissions radiophoniques dans les treize régions sur la problématique de la prise en charge des malades mentaux		x	x	x	x	MS	MC Partenaires	Nombre d'émissions radiophoniques	Registre de passage	104 800 000
53.	Diffuser une fois par mois les émissions radiophoniques dans les treize régions sur la problématique de la prise en charge des malades mentaux		x	x	x	x	MS	MC Partenaires	Nombre d'émissions radiophoniques	Registre de passage	9 200 000

N°	Activités	Période d'exécution				Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA	
54.	Réaliser un magazine télévisuel une fois par an « santé MAG » sur la santé mentale		x	x	x	x	MS	MC	Magazine télévisuel réalisé	Registre de passage	32 000 000
55.	Réaliser un film documentaire sur les maladies mentales		x				MS	Partenaires	Film documentaire disponible	Bordereau de réception	27 500 000
56.	Diffuser des affiches sur les maladies mentales		x	x			MS	Partenaires	Nombre d'affiches	Etat de répartition	5 750 000
Orientation stratégique n° 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé											
Objectif 4 : Renforcer les infrastructures, les équipements et les produits de santé pour la prise en charge des troubles mentaux											
Axe stratégique 4.1 : Renforcement en infrastructures pour la prise en charge des malades mentaux											
Action prioritaire 4.1.1 : Renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge des malades mentaux											
57.	Construire deux centres d'addictologie à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso			x			MS(DIEM)	MEF	Nombre de centres construits	PV de réception	73 000 000
58.	Construire des salles d'hospitalisations pour les services de santé mentale des CHR et des CMA		x	x	x	x	MS(DIEM)	MEF Partenaires	Nombre de salles d'hospitalisations construits	PV de réception	1 326 000 000
59.	Construire 20 salles d'isolement pour les services de santé mentale		x	x	x	x	MS	MEF Partenaires	-% de service de santé mentale disposant d'une salle d'isolement	PV de réception	255 000 000
60.	Ouvrir cinq (5) centres médico-psycho-pédagogiques		x	x	x	x	MS	MASSN MENA MEF Partenaires Municipalités	Nombre de centres médico-psycho-pédagogiques fonctionnels	PV de réception	25 000 000

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
61.	Ouvrir deux centres de réinsertion socio professionnel		x	x	x	x	MS	MASSN MENA MEF Partenaires Municipalités	Nombre de centres médico-psycho-pédagogique fonctionnels	PV de réception	60 900 000
62.	Construire deux (2) unités de gérontopsychiatrie pour les CHUYO et CHUSS			x			MS	MEF	Nombre d'unités construites	PV de réception	60 900 000
Axe stratégique 4.2 Renforcement des équipements et produits de santé mentale											
Action prioritaire 4.2.1 : Assurer la disponibilité des produits pour la prise en charge des maladies mentales											
63.	Faire un plaidoyer pour la dotation des structures sanitaires en médicaments pour la prise en charge des urgences psychiatriques	x	x	x	x	x	MS	Partenaires CHR CMA	-% de service de santé mentale disposant de psychotropes	Rapport de plaidoyer	2 421 208
Action prioritaire 4.2.2 : Assurer la disponibilité des équipements standards pour la charge des maladies mentales											
64.	Doter les services de santé mentale en équipement et matériel médico-technique		x	x	x	x	MS	MEF Partenaires	Equipement et matériel médico-technique	PV de réception	76 500 000
65.	Equiper les centres d'addictologie de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso en matériel médico-technique et en matériel de bureau				x	x	MS	MEF Partenaires	Liste du matériel médico-technique et de bureau	PV de réception	5 900 000

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA
Orientation stratégique n°7 : Promotion de la recherche pour la santé											
Objectif 5 : Développer la recherche en santé mentale											
Axe stratégique 5.1 : Amélioration de la recherche en santé mentale											
Action prioritaire 5.1.1. : Renforcer la disponibilité des données probantes en santé mentale											
66.	Réaliser chaque année une recherche sur un thème dans le domaine de la santé mentale		x	x	x	x	MS	MESS MRSI Partenaires	Nombre de recherches effectuées relatives aux maladies mentales	Rapport de recherche	56 000 000
67.	Effectuer une revue des résultats des recherches déjà effectuées en santé mentale		x	x	x	x	MS	MESS MRSI Partenaires	Résultats de recherches disponibles	Rapport d'activités	12 602 976
Orientation stratégique n°8 : Accroissement des financements de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé											
Objectif 6 : Accroître les ressources financières pour la prise en charge des troubles et des maladies mentales											
Axe stratégique 6.1 : Mobilisation des ressources financières en faveur des actions de santé mentale											
Action prioritaire 6.1.1. : Plaidoyer auprès des acteurs pour le financement des activités de santé mentale											
68.	Faire un plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires pour le financement des activités de santé mentale	x	x	x	x	x	MS	Partenaires ONG/Associations	Plaidoyer réalisé	Rapport d'activités	PM

N°	Activités	Période d'exécution				Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût en CFA	
Axe stratégique 6.2. : Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé mentale											
Action prioritaire 6.2.1. : Accompagner les OPH en santé mentale dans le plaidoyer pour leur prise en charge											
69.	Sensibiliser les OPH de chaque région sur les nouvelles modalités institutionnelles de leur prise en charge		x	x	x	x	MS	MASSN Partenaires ONG/Association OPH	Nombre de séances de sensibilisation des OPH	Rapport d'activités	15 600 000

VII. CADRAGE FINANCIER

L'estimation des coûts du plan stratégique de santé mentale 2014-2018 a consisté à estimer le coût des activités pour la période considérée. Elle s'est faite sur la base des activités définies par l'équipe technique d'élaboration dudit plan et a aussi tenu compte de la programmation annuelle des activités. L'estimation des coûts a aussi été rendue facile grâce à la description préalable des activités.

Les activités sans coût financier sont soit des activités de routine, soit des activités dont les coûts sont intégrés dans d'autres activités.

Pour la détermination des coûts des activités, l'équipe de cadrage financier a utilisé la méthodologie suivante :

7.1 Revue documentaire

Pour le calcul des coûts, les supports suivants ont été utilisés :

- le plan d'action 2013 de la direction de la lutte contre les maladies ;
- la mercuriale des prix ;
- le décret portant sur les frais de mission et les rétributions spécifiques.

7.2 Méthode d'estimation des coûts

Le logiciel utilisé pour le calcul des coûts a été le tableur Excel.

Pour le calcul du coût des investissements (équipements, réhabilitations, nouvelles constructions...), la base de calcul des coûts a été fonction de la formulation et de la quantification de l'activité. Ainsi, lorsque la formulation précise le nombre des investissements à réaliser et la programmation dans le temps, le coût de l'activité s'obtient par année en multipliant la quantité par le coût unitaire de la réalisation, tout en appliquant un coefficient de correction de 0,03 pour tenir compte de l'inflation.

L'année 2013 a été retenue comme année de référence.

La formule suivante a été utilisée pour la capitalisation:

$$C_n = C_0 (1+0,03)^n$$

$$C_n = C_0(1,03)^n$$

C_n = coût de l'activité à l'année n

C_0 = coût de l'activité en 2013

n = années (0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5)

Le multiplicateur de 0,03 représente le taux d'inflation maximum retenu parmi les critères de convergence des pays membres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

En ce qui concerne les activités opérationnelles (formation, supervisions, production de documents, prestation de service, etc.), le calcul de coûts a été fonction des informations données par le détail de la mise en œuvre de l'activité.

Des sommes forfaitaires ont été attribuées à certaines activités jugées spécifiques dont l'estimation du coût à l'instant t est difficile du fait de la non disponibilité de certaines informations. Il s'agit par exemple de l'activité "Célébrer la journée mondiale de santé mentale le 10 octobre".

7.3 Résumé des coûts du plan stratégique de santé mentale

- Le coût total du plan de lutte stratégique de santé mentale 2014-2018 est estimé à **3 800 708 727 FCFA**, soit en moyenne **760 141 745 FCFA** par an. Ce coût est particulièrement dominé par le coût de l'objectif 4 "**Renforcer les infrastructures, les équipements et les produits de santé pour la prise en charge des troubles et des malades mentaux**" qui constitue 52 % du financement total de ce plan. Cela s'explique par le fait que la quasi-totalité des activités de cet objectif représentent des investissements (constructions et équipements).

Sur toute la période de 2014 à 2018, l'orientation stratégique n°5 du PNDS "**Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé**" occupe 52 % du montant total du plan stratégique, suivie de l'orientation stratégique n° 4 "**Promotion de la santé et lutte contre la maladie**" qui représente 34%. Les quatre autres orientations retenues dans le présent plan occupent ensemble les 14% restant du coût estimatif. Ces orientations sont :

- Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- Développement des ressources humaines pour la santé
- Promotion de la recherche pour la santé ;
- Accroissement des financements de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé

Le tableau ci-dessous donne le détail des coûts estimatifs :

Tableau 6 : Détail du budget estimatif par orientation stratégique du PNDS 2011-2020, par objectif, axes stratégique et action prioritaire.

	DESIGNATION	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Orientation stratégique n° 1 du PNDS	Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	98483930	51265382	45702922	41952922	45702922	283108077
Objectif 1	Renforcer les capacités fonctionnelles de la coordination	98483930	51265382	45702922	41952922	45702922	283108077
Axe Stratégique 1.1	Renforcement de la coordination interne des interventions du programme national de santé mentale	98483930	51265382	45702922	41952922	45702922	283108077
Action prioritaire 1.1.1	Renforcer les cadres de concertation et de coordination	70388176	51088382	45525922	41775922	45525922	254304323
Action prioritaire 1.1.2	Développer le partenariat	23195754	177000	177000	177000	177000	23903754
Action prioritaire 1.1.3	Améliorer le cadre réglementaire existant	4900000	0	0	0	0	4900000
Orientation stratégique n° 3 du PNDS	Développement des ressources humaines pour la santé	4500000	78000000	14550000	14550000	0	111600000
Objectif 2	Développer les ressources humaines pour la santé mentale	4500000	78000000	14550000	14550000	0	111600000
Axe Stratégique 2.1	Renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité pour la santé mentale	4500000	78000000	14550000	14550000	0	111600000

Action prioritaire 2.1.1	Renforcer les compétences des agents spécialistes	0	38400000	0	0	0	38400000
Action prioritaire 2.1.2.	Renforcer les plateaux techniques par le recrutement d'autres types d'agents (orthophonistes, d'ergothérapeutes, de psychologues, de psychomotriciens et agents sociaux)	4500000	39600000	14550000	14550000	0	73200000
Orientation stratégique n°4 du PNDS	Promotion de la santé et lutte contre la maladie	103109877	415213982	317690698	309839989	290821922	1436676466
Objectif 3	Améliorer la prise en charge des troubles et des maladies mentales	103109877	415213982	317690698	309839989	290821922	1436676466
Axe Stratégique 3.1	Renforcement de la lutte contre les troubles et les maladies mentales	80909877	94303498	33430214	28454506	9436438	246534534
Action prioritaire 3.1.1	Renforcer les capacités des acteurs	70256438	74105622	28237966	23579506	4561438	200740970
Action prioritaire 3.1.2	Renforcer la prise en charge des troubles et des malades mentaux	10653438	20197877	5192248	4875000	4875000	45793563
Axe Stratégique 3.2	Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé mentale	22200000	320910483	284260483	281385483	281385483	1190141933

Action prioritaire 3.2.1	Développer la prévention des troubles et des maladies mentales	22200000	320910483	284260483	281385483	281385483	1190141933
Orientation stratégique n°5 du PNDS	Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	81900000	214921208	925300000	663000000	0	1885121208
Objectif 4	Renforcer les infrastructures, les équipements et les produits de santé pour la prise en charge des troubles et des malades mentaux	81900000	214921208	925300000	663000000	0	1885121208
Axe Stratégique 4.1	Renforcement en infrastructures pour la prise en charge des malades mentaux	0	212500000	925300000	663000000	0	1800800000
Action prioritaire 4.1.1	Renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge des malades mentaux	0	212500000	925300000	663000000	0	1800800000
Axe Stratégique 4.2	Renforcement des équipements et des produits de santé mentale	81900000	2421208	0	0	0	84321208
Action prioritaire 4.2.1	Assurer la disponibilité des produits pour la prise en charge des maladies mentales	0	2421208	0	0	0	2421208
Action prioritaire 4.2.2	Assurer la disponibilité des équipements standards pour la prise en charge des maladies mentales	81900000	0	0	0	0	81900000

Orientation stratégique n°7 du PNDS	Promotion de la recherche pour la santé	0	17150744	17150744	17150744	17150744	68602976
Objectif 5	Développer la recherche en santé mentale	0	17150744	17150744	17150744	17150744	68602976
Axe Stratégique 5.1	Amélioration de la recherche en santé mentale	0	17150744	17150744	17150744	17150744	68602976
Action prioritaire 5.1.1	Renforcer la disponibilité des données probantes en santé mentale	0	17150744	17150744	17150744	17150744	68602976
Orientation stratégique n°8 du PNDS	Accroissement des financements de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	0	3900000	3900000	3900000	3900000	15600000
Objectif 6	Accroître les ressources financières pour la prise en charge des troubles et des maladies mentales	0	3900000	3900000	3900000	3900000	15600000
Axe Stratégique 6.1	Mobilisation des ressources financières en faveur des actions de santé mentale	0	0	0	0	0	0
Action prioritaire 6.1.1	Plaider auprès des acteurs pour le financement des activités de santé mentale	0	0	0	0	0	0

Axe Stratégique 6.2	Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé mentale	0	3900000	3900000	3900000	3900000	15600000
Action prioritaire 6.2.1	Accompagner les OPH en santé mentale dans le plaidoyer pour leur prise en charge	0	3900000	3900000	3900000	3900000	15600000
	COÛT TOTAL 2014-2018	287 993 806	780 451 316	1 324 294 363	1 050 393 654	357 575 587	3 800 708 727

VIII. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

L'organisation, le fonctionnement du dispositif de suivi et d'évaluation, les rôles et responsabilités des différents acteurs du Plan stratégique de la santé mentale sont décrits par niveau du système de santé ainsi qu'il suit :

8.1. Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités

Tableau 7 : Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités

Acteurs concernés	Responsabilités
Niveau central	
Commission thématique « prestations des soins, promotion de la santé et lutte contre la maladie »	Analyser le cadre institutionnel et la situation de lutte contre les maladies mentales Analyser l'état de mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale; Valider le plan opérationnel de lutte contre les maladies mentales ; Apporter des réponses à toute question à elle soumise par le comité national de suivi du PNDS.
Direction de la lutte contre la maladie(DLM)	Elaborer le plan opérationnel de lutte contre les maladies mentales ; Coordonner et suivre la mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale ; Coordonner le partenariat dans la prévention et la prise en charge des troubles et maladies mentales.
Niveau intermédiaire	
Comité régional de suivi du PNDS ¹	Veiller à la mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale au niveau régional ; Veiller à la prise en compte des préoccupations en matière de lutte contre les maladies mentales dans les différents plans ; Prendre toutes mesures correctives à la bonne mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale

¹ Cf. article 10 de l'arrêté interministériel n°2012-313/MS/MEF/MATD du 10 août 2012 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du Comité national de suivi du PNDS

Niveau périphérique	
Équipe cadre de district	Veiller à la prise en compte des directives relatives à la lutte contre les troubles et maladies mentales dans le processus de planification ; Renseigner les différents indicateurs concernant les maladies mentales

8.2 Suivi et évaluation

Pour un suivi et une évaluation efficaces, l'information relative aux maladies mentales doit être fiable. En plus, tous les acteurs doivent être suffisamment impliqués. Enfin, les ressources pour le suivi/évaluation doivent être disponibles et régulières.

Le suivi et l'évaluation du Plan stratégique de la santé mentale se fait à travers les mécanismes existants pour le suivi du PNDS notamment les sessions statutaires ou extraordinaires des comités de suivi, les sorties conjointes de suivi impliquant les partenaires techniques et financiers, les évaluations périodiques, les enquêtes/études et les supervisions.

Les sessions des comités de suivi du PNDS au plan national et régional sont régies par voie règlementaire.

Les sorties conjointes de suivi sont effectuées pour suivre le processus d'exécution du PNDS sur le terrain. Elles intégreront le volet lutte contre les maladies mentales. Des rencontres sont organisées à l'occasion entre les responsables des services de la santé à tous les niveaux et les partenaires du développement sanitaire au niveau national, régional et local.

Les résultats des enquêtes (EDS, offre de soins, etc.), les campagnes de sensibilisation, prévention et détection, des recherches et des études en santé seront exploitées pour le suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale. Les revues annuelles et à mi-parcours du secteur de la santé tenues avec l'ensemble des acteurs du système de santé, sont appropriées pour analyser les performances et identifier les obstacles à l'atteinte des objectifs du Plan stratégique de la santé mentale.

Deux (02) évaluations seront réalisées, l'une à mi-parcours et l'autre à la fin de la mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale.

8.3 Indicateurs de suivi

Les indicateurs du Plan stratégique de la santé mentale sont pour la plupart ceux du suivi/évaluation du PNDS.

Une matrice donnera un certain nombre d'informations sur la définition de chaque indicateur retenu pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale, le mode de calcul, la méthode de collecte des données, la périodicité de la collecte, les sources des informations produites.

Tableau 8 : Indicateurs de suivi

Objectifs spécifiques	Indicateurs de suivi
1. Renforcer les capacités fonctionnelles de la coordination	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de réunions de la coordination - nombre d'ONG/associations répertoriées - nombre de supervisions réalisées - nombre de réunions avec les partenaires - nombre de rencontres régionales réalisées - atelier tenu - plan stratégique évalué à mis parcours - journée mondiale de la santé mentale célébrée - évaluation finale du plan stratégique réalisée
2. Développer les ressources humaines pour la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'agents formés - nombre d'agents recrutés - nombre d'agents mis à disposition
3. Améliorer la prise en charge des troubles et des maladies mentales	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de protocoles élaborés - % de services de santé mentale ayant reçu les protocoles - nombre de protocole de traitement évalué - nombre d'agents formés - Nombre de consultations psychiatriques réalisées - % de prisons bénéficiaires - nombre de séances de CCC réalisées - nombre de district couverts par les séances de CCC - nombre d'établissements secondaires couverts par les séances de CCC - liste du matériel de sonorisation - nombre d'émissions radiophoniques - directives de PEC communautaire élaborés - nombre de magazine télévisuel - nombre d'affiches - film documentaire sur les maladies mentales disponible
4. Renforcer les infrastructures, les équipements et les produits de santé pour la prise en charge des troubles et des malades mentaux	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de centres construits d'addictologie - nombre de lits affectés aux services de santé mentale - nombre de salles d'hospitalisation - % de services de santé mentale disposant d'une salle d'isolement - liste des psychotropes mise à jour - % de dépôts MEG des CMA et des CHR n'ayant pas connu de rupture - % de services de santé mentale disposant de psychotropes - nombre de pèse personne et de tensiomètre - nombre d'équipement de bureau - nombre de tables d'examen
5. Développer la recherche en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> nombre de recherches effectuées relatives aux maladies mentales résultats de recherches disponibles
6. Accroître les ressources financières pour la prise en charge des troubles et des maladies mentales	<ul style="list-style-type: none"> - plaidoyer réalisé - nombre de séances d'information et de sensibilisation des OPH

Les indicateurs de suivi contribueront à l'atteinte des indicateurs d'impact du PNDS 2011-2020.

8.4 Conditions de réussite

Le succès de la mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale est tributaire d'un engagement fort de l'État, des partenaires et d'une adhésion de tous les acteurs du développement socio-sanitaire.

Par ailleurs, un tel succès passe par un meilleur fonctionnement des mécanismes de suivi et de coordination ci-dessus évoqués, et le renforcement du partenariat public privé.

CONCLUSION

La santé mentale ne doit pas être prise au sens restrictif de maladie mentale chronique relevant des soins psychiatriques spécialisés.

Elle ne peut donc concerner que le professionnel de santé mentale; la société dans toutes ses composantes doit être impliquée. C'est pourquoi toute approche de la maladie mentale doit prendre en compte l'environnement de l'être humain dans ses liens avec la famille et la communauté dans laquelle il vit.

Le présent plan stratégique qui prend en compte des recommandations de l'OMS, se veut une orientation à l'attention de tous les acteurs intervenant dans le domaine de la santé.

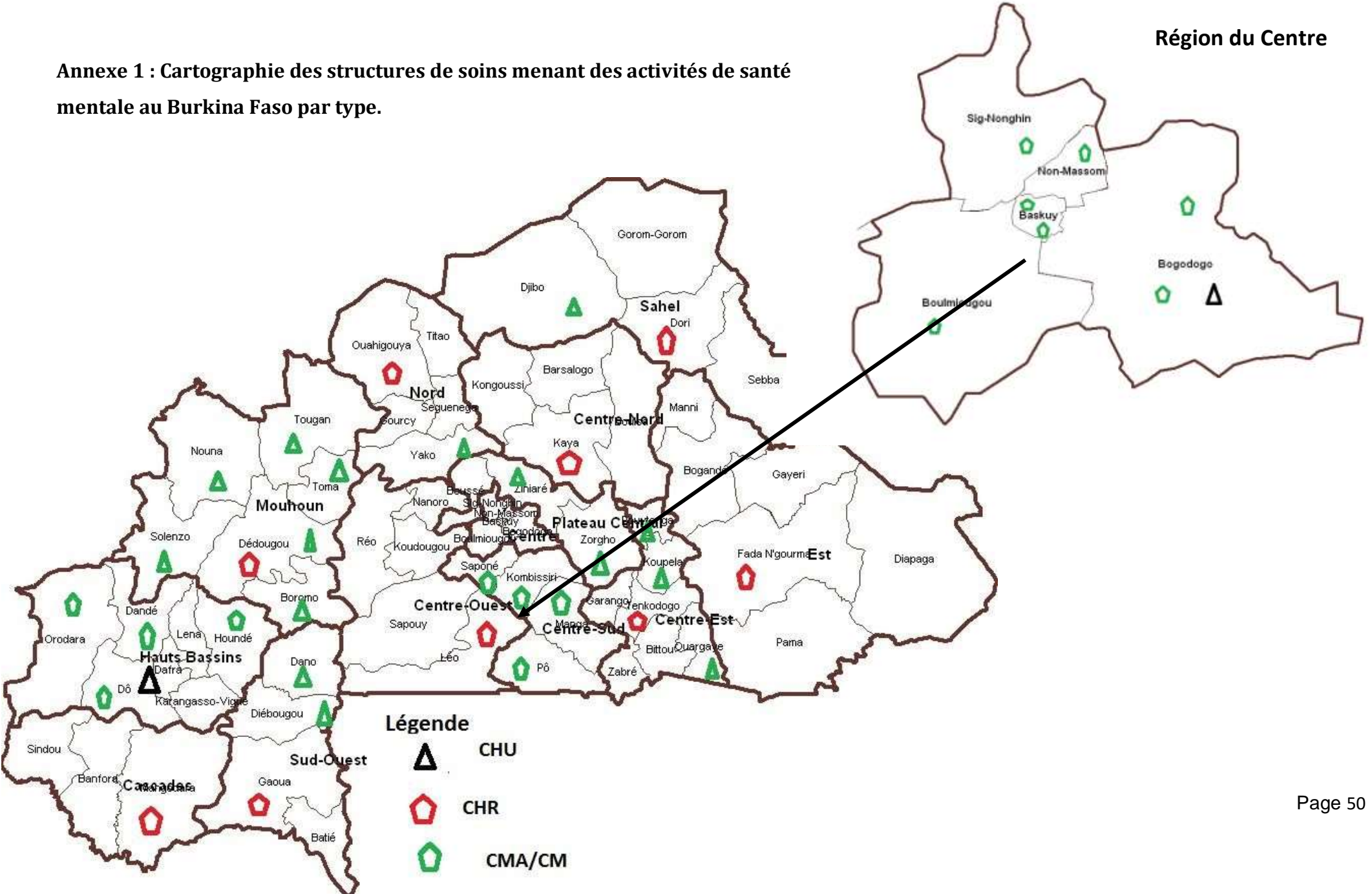
IX. Bibliographie

1. Ministère de la santé(2011), Plan national de développement sanitaire 2011-2020, 44 pages
2. Ministère de la santé (2011), Direction générale de l'information sanitaire et des statistiques, 231 pages
3. Ministère de la santé (2011), Rapport d'évaluation du Programme national de santé mentale 2002- 2006, 37 pages
4. Ministère de la santé (2013), Plan stratégique de lutte contre le cancer 2014-2017, 76 pages
5. Ministère de la santé et des services sociaux du QUEBEC, Plan stratégique 2010-2015, 55 pages
6. Ministère de la santé (2006), Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso 2006 -2015, 56 pages
7. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS
8. Institut national de la statistique et de la démographie (2006), nbre de pages.

ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des structures de soins menant des activités de santé mentale au Burkina Faso par type.

Région du Centre



Annexe 2 : Répartition des ressources humaines de la santé mentale dans les structures publiques en 2013

LOCALITES	TYPE D'EMPLOI					TOTAL
	TYPE DE STRUCTURE	MEDECINS	ATTACHES DE SANTE	PSYCHOLOGUE	TRAVAILLEUR SOCIAL	
REGION DE LA BOUCLE DU MOUHOUN	CHR DEDOUGOU	0	1	0	0	1
	DS/DEDOUGOU	0	1	0	0	1
	CMA/ NOUNA	0	1	0	0	1
	CMA/ SOLENZO	0	1	0	0	1
	CMA/ TOUGAN	0	2	0	0	1
	CMA/ BOROMO	0	1	0	0	1
	CMA/ TOMA	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 1		0	8	0	0	7
REGION DES CASCADES	CHR BANFORA	0	4	0	0	4
	CM NIONGOLOGO	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 2		0	5	0	0	4
REGION DU CENTRE	CHUYO	5	16	4	1	25
	DS/BOGODOGO					
	CMA/30	0	2	1	0	3
	CM/SAABA	0	2	0	0	2
	DS/BASKUY					
	CM/GOUNGHIN	0	2	0	0	2
	DISPENSARE URBAIN	0	2	0	0	2

	CM/SANMANDIN	0	3	0	0	4
	DS/BOULMIOUGOU					
	CMA PISSY	0	4	0	0	4
	DS/NONGREMASSOM					
	CMA/KOSSODO	0	4	0	0	5
	DS/SIGNONGHIN					
	CSPS/SECT 21	0	2	0	0	2
TOTAL REGION 3		5	37	4	1	47
	DIRECTIONS CENTRALES					
	DLM	0	3	0	0	2
	DHPES	0	1	0	0	1
	ENSP	0	5	0	0	5
	SP/CNLS/IST	0	1	0	0	1
TOTAL DC		0	10	0	0	10
REGION DU CENTRE EST						
	CHR TENKODOGO	0	2	0	0	2
	CMA/DS OURGAYE	0	1	0	0	1
	CMA/DS KOUPELA	0	1	0	0	1
	CMA/ POUYTENGA	0	1	0	0	1
	CMA/GARANGO	0	1	0	0	1
	CMA/ ZABRE	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 4		0	7	0	0	7

REGION DU SAHEL						
	CHR/DORI	0	2	0	0	2
	CMA/DS DJIBO	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 5		0	3	0	0	3
REGION DU SUD OUEST						
	CHR/GAOUA	0	1	0	0	1
	CMA/DANO	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 6		0	2	0	0	2
REGION DES HAUTS BASSINS						
	CHUSS	3	12	0	1	16
	CMA/COLMA	0	1	0	0	1
	CMA/ ORODARA	0	2	0	0	2
	CMA/ HOUNDE	0	1	0	0	1
	CMA/ DANDE	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 7		3	17	0	1	21
REGION DU NORD						
	CHR/OUAHIGOUYA	0	3	0	0	3
	CMA/ YAKO	0	3	0	0	3
TOTAL REGION 8		0	6	0	0	6
REGION DU PLATEAU CENTRAL						
	CMA/ BOUSSE	0	1	0	0	1
	CMA/ ZORGHO	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 9		0	2	0	0	2

REGION DU CENTRE NORD						
	CHR/KAYA	0	2	0	0	2
TOTAL REGION 10		0	2	0	0	2
REGION DU CENTRE OUEST						
	CHR/KOUDOUGOU	0	2	0	0	2
	CMA/ LEO	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 11		0	3	0	0	3
REGION DU CENTRE SUD						
	CMA/ MANGA	0	1	0	0	1
	CMA PO	0	1	0	0	1
	CMA/KOMBISSIRI	0	1	0	0	1
	CMA/SAPONE	0	1	0	0	1
TOTAL REGION 12		0	4	0	0	4
REGION DE L'EST						
	CHR/FADA	0	2	0	0	2
TOTAL REGION 13		0	2	0	0	2
TOTAL GENERAL		8	108	5	2	123

